Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

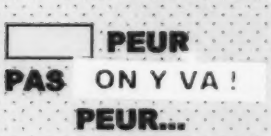
Document de consultation

PLAN D'ACTION SUR LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES JEUNES DE 12 À 25 ANS

Recommandations

pour l'organisation des services offerts aux jeunes souffrant de troubles anxieux

Synthèse des comités de diagnostic organisationnel



106-0 5918 /

Disponible aux Services documentaires
de l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

(514) 286-5604

Prix : 9 $

Vous pouvez consulter ce document sur le site web de l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal à l'adresse électronique « www.santemontreal.qc.ca »

Réalisation, production :
Services en santé mentale et déficience intellectuelle
Karen Hetherington, conseillère aux établissements

Conception graphique : Régine Gagnon

Octobre 2004

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec - 2004
ISBN : 2-89510-186-8

© Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 5

Collaborateurs 7

Comité régional de travail 7

Comité de coordination 7

Consultants 7

Comités des diagnostics organisationnels par sous-région 7

Sous-région Ouest 7

Sous-région Centre-Est 8

Sous-région Nord 8

Sous-région Centre-Ouest 9

Sous-région Est 9

Sous région Sud-Ouest 9

Préambule 10

Inventaire des ressources 12

Rapport de la Conférence de consensus 13

Mandat des comités de diagnostic organisationnel 14

Étapes de la mise en oeuvre 14

Définition des termes utilisés 16

Émergence d'un modèle régional d'organisation des services 17

Modèle régional de base d'organisation des services 21

Formation 23

Sensibilisation 24

Implantation des services 25

Recommandations 25

ANNEXE 1 - Sous-région Ouest 29

ANNEXE 2 - Sous-région Centre-Est 37

ANNEXE 3 - Sous-région Nord 45

ANNEXE 4 - Sous-région Centre-Ouest 51

ANNEXE 5 - Sous-région Est 57

ANNEXE 6 - Sous-région Sud-Ouest 63

ANNEXE 7 - Canevas de réflexion - Diagnostic organisationnel sous-régional 71

Bibliographie 75

PEUR
PAS
PEUR

REMERCIEMENTS

Au cours de l'année 2002-2003, 102 intervenants de Montréal en provenance des CLSC, des centres hospitaliers, des organismes communautaires, des établissements d'enseignement et du Département régional de médecine générale (DRMG) étaient invités à une série de rencontres sur l'organisation des services destinés aux jeunes âgés de 14 à 25 ans souffrant de troubles anxieux dans chaque sous-région.

La contribution de tous ces partenaires, leur compétence clinique et leur connaissance des besoins des jeunes nous ont permis de réaliser une démarche fort enrichissante. Ils nous ont amené à proposer un modèle d'organisation à partir de la réalité de leur milieu.

Nous désirons remercier ces nombreuses personnes qui ont collaboré à cette démarche, pour le temps qu'elles y ont consacré ainsi que pour la motivation et l'enthousiasme qu'elles ont démontrés tout au long de leur mandat.

Nous tenons particulièrement à souligner la participation de Judith Arsenault durant ce processus. Madame Arsenault a assisté aux rencontres des sous-comités. Elle avait comme responsabilité d'une part de rédiger les comptes rendus des discussions et, d'autre part, de participer à la production du présent document. L'élaboration d'une planification de services pour cette clientèle et la complexité des débats exigeaient une bonne compréhension du système actuel et des différents milieux. Elle a su relever le défi de façon remarquable.

Un grand merci également à mesdames Carole Poulin et Odette Lemoine, de la Direction de la santé publique, pour l'aide à la rédaction et à la correction du document final.

Nous remercions aussi mesdames Nicole Léonard et Régine Gagnon qui ont réalisé l'ensemble des travaux de bureautique et de secrétariat.

COLLABORATEURS

Comité régional de travail

M^me^ Ella Amir, Ami-Québec
M. Denis Aumais, citoyen
M^me^ Marie-Andrée Dionne, Le RACOR en santé mentale
M. Jacques Duval, Association canadienne pour la santé mentale
M. Gary Furlong, CLSC Metro
M. Marc Laporta, Institut Allan Memorial, Centre universitaire de santé McGill
M^me^ Marie-Claire Laurendeau, Direction de la santé publique
M^me^ Brigitte Lavoie, Suicide-Action Montréal
M. Mario Leclerc, Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)
M. Jean-Rémy Provost, Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs
M. François Ste-Marie, Service d'intervention psychosociale - WI
M. Jean-Pierre Villeneuve, Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM)

Comité de coordination

M^me^ Karen Hetherington, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal
M^me^ Louise Fournier, Institut de la santé publique (a quitté en 2003)
M^me^ Odette Lemoine, Direction de la santé publique
M^me^ Carole Poulin, Direction de la santé publique

Consultants

M. Roger Laroche, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal, formation
M. Jacques Duval, Association canadienne de santé mentale, promotion et prévention

COMITÉS DES DIAGNOSTICS ORGANISATIONNELS PAR SOUS-RÉGION

Sous-région Ouest

M. André Allard, CLSC Pierrefonds
D^r^ Richard Bergeron, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal
M^me^ Isabelle Dubreuil, Carrefour Jeunesse-Emploi
M^me^ Chevyl Kies, Cégep John-Abbott
M. Howard Klarer, Cégep John-Abbott
M^me^ Marie-Claude Lajeunesse, Cégep Gérald-Godin
M. Howard Nadler, Les Centres Batshaw
M. Yves Picard, Carrefour Jeunesse-Emploi
M^me^ Birgit Ritzhaupt, Projet Ensemble
M^me^ Louise Rosenberg, Hôpital général du Lakeshore
M. Garry Saunders, Commission scolaire Lester B. Pearson
M. François Ste-Marie, Services d'intervention psychosociale W.I.
M^me^ Katia Zimmerman, Table de concertation jeunesse

Sous-région Centre-Est

D^re E. Lila Amirali, CHUM – Hôpital Notre-Dame
M^me Diane Aubin, Le bon Dieu dans la rue
M^me Claudia Benoit, Phobies Zéro
M^me Suzanne Bourbonnais, CLSC du Plateau Mont-Royal
M^me Lyne Desrosiers, CHUM – Hôpital Notre-Dame
M^me Marielle Dion, CLSC La Petite Patrie
M. Frédéric Doutrelepont, CLSC des Faubourgs
M. Pierre Forest, Maison St-Jacques
M^me Violaine Gagnon, UQAM
D^r Jean-Pierre Guay, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de Montréal
M^me Marie-Andrée Laplante, Phobies Zéro
M. André Michaud, UQAM
M. Jean-Rémi Provost, Revivre
M^me Louise Rondeau, CLSC St-Louis-du-Parc
M^me Nicole Roussel, Hôpital Jean-Talon
M^me Marthe Savoie, CLSC Villeray
M^me Diane Tessier, CLSC La Petite Patrie

Sous-région Nord

M. Pierre Beauvilliers, Centre hospitalier Fleury
M^me Marie Bellavance, Collège Regina Assumpta
M^me Diane DaSylva, Cégep St-Laurent
M^me Marie-Claude Desjardins, CLSC Montréal-Nord
M^me Carole Doré, CLSC Ahuntsic
M^me Eugenelle Fortin, centre de crise, Association Iris inc.
M^me Christine Fournier, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
D^re Guylaine Gagné, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M^me Nathalie Gauthier, CLSC Ahuntsic
M. André Gobeil, CLSC Ahuntsic
M. André Grégoire, Cégep Ahuntsic
M^me Denise Groleau, CLSC Nord de l'Île, Cégep Bois-de-Boulogne
M^me Jacqueline L'Abbé, La Clé des champs
M^me Marie-Laure Landais, Maison des jeunes de Bordeaux-Cartierville
M^me France Levasseur, École Sophie-Barat
M^me Caroline Moisan, CLSC Nord de l'Île
M^me Nicole Moquin, École LaDauversière
M^me Marie-France Pelland, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de Montréal
M. Patrick Pelletier, Cégep Ahuntsic
M^me Dominique Robert, Centre thérapeutique de jour Prise II
M^me Johanne Rome, L'Arrêt-Source Inc.
M. Pierre Savard, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Sous-région Centre-Ouest

M^me^ Diane Bidégaré, Centre Dollard-Cormier
M^me^ Miriam Byers, CLSC Métro
M^me^ Gillian Bowman, Collège Vanier
M. Hugues Laforce, TRACOM, centre de crise
D^re^ Suzanne Lamarre, Centre hospitalier de St. Mary
M^me^ Marion Murphy, Collège Dawson
D^re^ Johanne Renaud, Hôpital Sainte-Justine
D^r^ Mark Roper, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de Montréal
M. Yves Séguin, CLSC Parc Extension
M^me^ Mindy Selinger, Concordia Health Services
M^me^ Joanne Shiller, CLSC René-Cassin
M^me^ Hélène Trifiro, Université de Montréal
M^me^ Kristine Vitez, CLSC Côte-des-Neiges

Sous-région Est

M^me^ Clémence Aubut, CLSC Rivière-des-Prairies
M. Michel Bichai, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de Montréal
M^me^ Louise Blais, Commission scolaire de la Pointe de l'Île
M. Martin Bourque, Centre de crise l'Entremise
M. Michel Caouette, Hôpital Rivière-des-Prairies
M^me^ Marie-Andrée d'Aragon, CLSC Mercier-Est/Anjou
M^me^ Lyne Dumoulin, Hôpital Louis-H. Lafontaine
M^me^ Johanne Fillion, Centre de crise l'Entremise
M^me^ Joanne Fournier, GEME
M^me^ Suzanne Frenette, CLSC Mercier-Est/Anjou
M^me^ Danièle Girard, CLSC Olivier-Guimond
M^me^ France Goyette, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
M^me^ Manon Isabel, Hôpital Rivière-des-Prairies
M^me^ Johanne Lebel, Commission scolaire du Grand Montréal
M^me^ Andrée Leblanc, Centre jeunesse de Montréal
M^me^ Monique Paul, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
M^me^ Isabelle Provencher, Carrefour Jeunesse-Emploi
M^me^ Sylvie Tremblay, Cégep Marie-Victorin
M. Luc Vignault, citoyen

Sous région Sud-Ouest

M^me^ Marie-Claude Barbeau, Commission scolaire Marguerite Bourgeoys
M^me^ Paule Baril, CLSC St-Henri
M. Gérard-D. Boulanger, CA/CLSC LaSalle
M^me^ Venise Calluzzo, CA/CLSC LaSalle
M^me^ Anita Cugliandro, Travail de rue – Action communautaire (T.R.A.C.)
M^me^ Manon Desjardins, Hôpital Douglas
M^me^ Sylvie Dessureault, CA/CLSC LaSalle
M^me^ Manon Duchesne, CLSC Verdun/Côte St-Paul
M^me^ Francine Giroux, Hôpital Douglas
M. Cory Johnson, Carrefour Jeunesse Emploi Sud-Ouest
M. Edouard Kodsi, Réseau Ado
M^me^ Johane Lamer, Bureau de consultation jeunesse
M^me^ Sandra Larouche, Centre local d'emploi Ville-Émard
M^me^ Lorraine Leclaire, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys
M^me^ Diane Mahoney, CLSC du Vieux-La Chine
M. Bertrand Malo, Travail de rue – Action communautaire (T.R.A.C.)
M^me^ Élise Poudrette, CLSC St-Henri
M^me^ Hélène Wilson, CLSC du Vieux-La Chine

PRÉAMBULE

Les troubles anxieux constituent l'un des problèmes de santé mentale les plus courants pendant la jeunesse, touchant jusqu'à 10 % des enfants et des adolescents. Ces troubles, qui sont plus fréquents dans certaines familles, augmentent le risque d'autres troubles psychiatriques, notamment la dépression, l'abus de drogues et d'alcool et l'incidence du suicide.

À la lumière de l'enquête de la Direction de la santé publique de Montréal (2002), on constate que, pour la période de 12 mois précédant l'enquête, 19 % des Montréalais montrent un signe de souffrance psychique dont 11 % sont associées à une dépression majeure, un trouble anxieux ou un trouble lié aux drogues ou à l'alcool. D'après l'évaluation, 18 % de ces personnes ont besoin de soins.

Les jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans constituent le sous-groupe pour lequel on note la plus grande morbidité en fait de santé mentale et qui, par ailleurs, a le moins recours aux services[1].

C'est à la lumière de ces données que la Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre (maintenant l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal), en collaboration avec la Direction de la santé publique (DSP), a décidé d'entreprendre un plan d'action sur les troubles anxieux chez les jeunes Montréalais. À cet effet, un comité régional a été créé pour orienter la démarche et un comité de coordination, plus restreint, pour assurer le suivi de la mise en place du plan d'action.

Le but ultime de cette démarche est de trouver des moyens pour rejoindre les jeunes et leurs familles qui risquent de développer des troubles anxieux, de favoriser la demande d'aide et de les outiller pour se prendre en main. Cette approche de prévention a pour but de réduire l'incidence (nouveaux cas) et la prévalence (ensemble des personnes atteintes) des troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 25 ans dans la région de Montréal. L'objectif de ce plan d'action est de faire la promotion du dépistage, de la référence et du traitement des troubles anxieux chez les jeunes.

Trop souvent, dans le passé, les campagnes de sensibilisation de la population ont été orchestrées par des autorités sanitaires sans une préparation préalable du réseau de la santé pour absorber l'augmentation éventuelle de demandes de services. Pour prévenir cette situation, la Régie régionale a proposé un plan d'action se déroulant en **deux temps**, ce qui permettra au réseau de s'assurer d'une meilleure organisation des services avant une campagne de sensibilisation. Le plan se déroule de la façon suivante :

- ✓ ***Temps 1 :*** mise en place d'un réseau efficace de services;
- ✓ ***Temps 2 :*** campagne de sensibilisation de la population.

[1] Fournier, Louise et al., Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Direction de la santé publique, Montréal, mars 2002.

La mise sur pied d'un réseau de services efficace comprend les activités suivantes :

- ✓ Un inventaire des ressources existantes;
- ✓ Une conférence de consensus sur les aspects cliniques et organisationnels des troubles anxieux;
- ✓ Un diagnostic organisationnel de chaque sous-région en santé mentale;
- ✓ De la formation clinique;
- ✓ Une formation de type sensibilisation auprès des intervenants;
- ✓ Une évaluation de l'implantation.

L'objectif de ce document est de présenter une synthèse des réflexions sur l'organisation des services des troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 25 ans, un bilan des diagnostics organisationnels de chaque sous-région et des recommandations sur la formation et la sensibilisation. Ce document se veut le reflet des discussions de tous les comités sous-régionaux des diagnostics organisationnels. Il vise à fournir une vision régionale d'un réseau intégré des services à partir de la spécificité de chacune des sous-régions et à trouver des solutions qui permettront d'optimiser l'organisation actuelle des services, telles que disponibilité, accessibilité, continuité, particulièrement au regard du traitement des troubles anxieux chez les jeunes.

Le premier défi à relever dans les sous-comités était de trouver une logique d'organisation des services pour les jeunes, les adolescents et les jeunes adultes. Selon les normes traditionnelles d'organisation des services, les réseaux de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie fonctionnent de façon indépendante ce qui rend souvent la transition d'un réseau et l'autre très difficile. L'organisation des services actuelle constitue une entrave à l'accessibilité aux services.

L'organisation des services destinés à la clientèle avant l'organisation des structures de services est le fondement de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par monsieur Michel Clair[2]. Il faut s'assurer d'une logique clientèle avant une logique administrative. Ce plan nous permet de connaître plus en profondeur les besoins de la clientèle et le potentiel organisationnel de chaque sous-région.

Malgré le fait que les plans d'organisation des services ciblent une clientèle spécifique, chacun des comités a constaté que cet exercice de planification sous-régionale était un prétexte ou un début de discussion pour la mise en place d'un réseau intégré de services en santé mentale sous-régional.

Dans le contexte actuel de la réorganisation des services dans la région de Montréal, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal propose ce document comme base de réflexion pour la mise en place des réseaux intégrés de services en santé mentale.

---

[2] Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes : Rapport et recommandations, s.l., 2000, IX, 410, XXXIII.

Ce diagnostic organisationnel a été réalisé avec une logique sous-régionale. Le nouveau contexte de planification des réseaux locaux de services pourrait nous amener à des changements dans la configuration des territoires sous-régionaux. Cependant, chaque modèle d'organisation illustré en annexe reflète une culture qui continuera d'influencer la mise en place des services de santé mentale dans les réseaux locaux.

Ce document sera déposé aux tables de concertation en santé mentale. Les instances suivantes seront consultées pour explorer les conditions pour la mise en œuvre des modèles :

- ✓ Table des chefs de psychiatrie;
- ✓ Table des pédopsychiatres;
- ✓ Département régional de médecine générale (DRMG);
- ✓ Regroupement des CLSC de Montréal;
- ✓ Les directeurs des instances locales;
- ✓ Le RACOR en santé mentale.

Inventaire des ressources

Avant d'aborder la partie sur l'organisation des services, un **bref rappel des étapes préalables**, soit l'inventaire des ressources et la conférence de consensus, est présenté ci-après.

L'inventaire des ressources visait quatre buts principaux :

- ✓ Répertorier l'ensemble des ressources des sous-régions et les situer géographiquement selon les territoires;
- ✓ Connaître les modalités de liaison entre les différentes ressources;
- ✓ Avoir un aperçu des besoins de formation des intervenants de première ligne;
- ✓ Aider au diagnostic organisationnel des services de traitement des troubles anxieux chez les jeunes.

Différents groupes d'intervenants ont été consultés tant dans le réseau de la santé et des services sociaux, le réseau communautaire en santé mentale, le réseau scolaire que dans le réseau privé. La consultation pouvait se faire sous forme d'entrevue ou de questionnaire auto-administré, selon le cas.

L'inventaire ne tient compte que des professionnels qui ont accepté de participer à la démarche et de répondre au questionnaire qui leur était remis. Il ne prétend pas décrire de façon exhaustive l'ensemble des services disponibles dans les sous–régions, mais plutôt dresser les grandes lignes des services disponibles comme base aux discussions pour optimiser les services. Vous trouverez, en annexe, un bref sommaire des services disponibles dans chacune des six sous-régions selon les diagnostics sous-régionaux.

Rapport de la Conférence de consensus

Le but de ce volet était de produire un document présentant le consensus d'experts sur le traitement des troubles anxieux. Une première version du document sur les aspects cliniques et organisationnels a été préparée au cours de l'hiver 2001 par un groupe de six experts et, par la suite, a été soumise pour fin de validation à 60 cliniciens, chercheurs et gestionnaires. Lors d'une journée sur le consensus, le document a été présenté à 133 personnes provenant majoritairement des CLSC, des organismes communautaires et du milieu hospitalier, mais aussi du milieu scolaire et des cabinets privés.

En général, le contenu du document a été accepté lors de la première validation, mais il a été très critiqué par les personnes présentes à la journée de consensus le 26 septembre 2001, surtout en ce qui concerne l'approche clinique proposée, soit la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et les médicaments. Cette approche clinique est vue comme étant réductionniste, trop médicale (DSM IV) et ne tenant pas suffisamment compte des milieux de vie des personnes. Les intervenants ont insisté sur le fait qu'on ne peut s'en tenir qu'aux seules approches jugées efficaces. Ils utilisent d'autres approches qui, bien que n'ayant pas une efficacité démontrée, peuvent être tout aussi valables. Par ailleurs, bien que les approches de thérapies cognitivo-comportementale ou pharmacologique soient reconnues valables, il faut tenir compte principalement des ressources existantes. Dès lors, l'objectif sera de rehausser l'offre des services par de la formation aux approches efficaces afin de s'assurer qu'elle soit un peu plus disponible.

Par rapport à l'accessibilité, plusieurs questions ont été posées au sujet des jeunes :

- ✓ Comment favoriser la demande d'aide et s'assurer de l'accessibilité aux services?
- ✓ Le point de vue des jeunes sur les soins en santé mentale est-il pris en considération?
- ✓ Quelle est la trajectoire naturelle des jeunes dans le réseau?
- ✓ Les adolescents et les jeunes adultes diffèrent-ils?
- ✓ Les services devraient-ils davantage être offerts en milieu scolaire?
- ✓ Le personnel de santé pourrait-il aller dans les écoles afin de former des groupes de thérapie cognitivo-comportementale? Il y aurait moins de difficultés de recrutement, selon certains participants.

Il a été souligné que notre système de soins compte de multiples portes d'entrée. Les participants souhaitaient surtout un modèle plus décentralisé qui refléterait les multiples trajectoires des jeunes dans le système.

Le concept d'un guichet unique est considéré acceptable seulement en ce qui concerne les informations sur les troubles anxieux (les ressources, les traitements, etc.) Cela pourrait impliquer une mise à jour d'Info Santé et un bottin des ressources par sous-région.

Les participants ont souligné l'existence de plusieurs problèmes importants en regard de la concertation. Le passage d'un jeune de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte ne se fait pas facilement. Le cloisonnement entre les services impose des limites à la concertation. Le manque de disponibilité des équipes spécialisées ne permet pas au système d'évoluer.

Pour améliorer la situation, il faut faire valoir certains exemples de modèles de concertation qui semblent donner de bons résultats. Il faut aussi considérer la possibilité d'avoir un intervenant pivot par établissement de la santé, par organisme communautaire et par structure scolaire afin de faciliter la référence dans le système. Actuellement, il y a déjà deux initiatives d'intervention concertée à l'Agence de Montréal : le Projet jeunesse montréalais et le Plan d'action sur le suicide. Une des préoccupations majeures est que l'Agence de Montréal assure une harmonisation de toutes les initiatives pour réaliser des démarches concertées et complémentaires.

De plus, certains éléments ont été trop peu pris en compte dans le document : les aspects sociaux, les particularités culturelles, la comorbidité, la toxicomanie et les interventions préventives à développer. Ces éléments devraient être considérés si on veut s'assurer d'une gamme de services plus complète.

Pour continuer le processus du présent dossier, l'Agence de Montréal a été confirmée dans son rôle de leader. Toujours en tenant compte des limites des ressources, ce rôle de leader implique la mobilisation des intervenants, la mise en place des comités de travail par sous-région, la clarification des rôles et mandats des divers partenaires, et des zones de collaboration obligatoire.

C'est donc à la lumière de ces nombreux commentaires que le processus de diagnostic organisationnel a été lancé avec le mandat présenté à la section suivante.

MANDAT DES COMITÉS DE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

Les comités de diagnostic organisationnel sur les troubles anxieux sont des sous-comités des tables de concertation en santé mentale de chaque sous-région de l'île de Montréal. Le mandat de ces comités était de proposer un plan d'organisation des services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans souffrant de troubles anxieux. Ce plan veut optimiser l'organisation actuelle des services en termes de disponibilité, d'accessibilité et de continuité. Il vise, entre autres, l'accessibilité à un lieu de traitement de type cognitivo-comportemental et pharmacologique par sous-région.

ÉTAPES DE LA MISE EN OEUVRE

Pour faire suite à la publication du document de consensus et à la journée d'échanges sur ce dernier, l'Agence de développement de réseaux de santé et de services sociaux de Montréal, a fourni à chacune des sous-régions des paramètres communs pour le diagnostic organisationnel. Les sous–régions devraient assurer la présence d'un lieu dans le réseau de services où les jeunes peuvent bénéficier de la thérapie cognitivo–comportamentale et du traitement pharmacologique. Par la suite, la priorité était de bien enraciner le processus dans chacune des sous-régions selon leur vision, leurs ressources disponibles et leurs priorités sous-régionales.

L'objectif de la démarche est de faciliter la mise en place d'un réseau intégré de services par sous-réseaux auprès d'une clientèle spécifique. Ce modèle de dispension de services est particulièrement approprié dans l'organisation des services dans les régions métropolitaines[3].

Durant l'année 2001, la responsable des Services en santé mentale et déficience intellectuelle de l'Agence de Montréal a rencontré chacune des tables de concertation en santé mentale à deux reprises. La première rencontre était pour lancer le plan et pour explorer les moyens à privilégier pour que la sous-région participe au processus. Lors de la deuxième rencontre, au moins deux représentants étaient nommés pour participer aux comités sous-régionaux des diagnostics organisationnels et pour produire un plan d'organisation des services. En plus de ces représentants, d'autres personnes du milieu étaient invitées à participer aux comités, soit à cause de leur implication auprès des jeunes ou de leur connaissance du milieu. L'Agence de Montréal avait la responsabilité d'inviter les représentants sous-régionaux du Département régional de médecine générale (DRMG).

Chaque comité s'est réuni entre cinq et sept fois, dépendant du besoin. Durant ces rencontres, ils ont franchi les étapes suivantes :

- ✓ Présentation des résultats de l'analyse faite à la suite de l'inventaire des ressources;
- ✓ Retour sur le rapport de la Conférence de consensus;
- ✓ Identification des problèmes et des solutions;
- ✓ Proposition de modèles d'organisation de services;
- ✓ Réflexion sur les besoins en ce qui concerne la formation et la sensibilisation.

À la suite de ces rencontres, chacun des sous-comités devait déposer trois modèles d'organisation des services à leur table de concertation sous-régionale en santé mentale pour approbation :

- ✓ un modèle idéal qui nécessite une allocation de budgets pour la mise en place des ressources,
- ✓ un modèle réaliste qui propose de travailler avec des ressources du milieu déjà existantes,
- ✓ un modèle de développement qui illustre les priorités de développement, s'il y avait des budgets disponibles.

Le bilan de chacune des sous-régions est présenté en annexe.

[3] Fleury, Marie Josée et Youcef Ouadahi, Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement, Santé mentale au Québec, 2002, XXVIII, 2, p. 16-36.

Définition des termes utilisés

En cours de processus, il s'est avéré nécessaire de définir certains termes relatifs aux services, afin que les participants aux comités en aient une même compréhension.

La prévention sous-tend les interventions qui peuvent être de types universelle, sélective ou indiquée, visant à prévenir l'émergence des troubles anxieux. Les interventions universelles sont destinées à l'ensemble de la population et visent à développer les facteurs de protection et à diminuer les facteurs de risque des troubles anxieux. Les interventions sélectives visent les groupes dont l'exposition à des facteurs de risque des troubles anxieux est plus élevée que la moyenne de la population. Les interventions indiquées visent les individus présentant des manifestations de facteurs de risque prémorbides qui les rendent à risque élevé de développer un trouble anxieux mais qui ne rencontrent pas entièrement les critères diagnostiques du trouble.

Le dépistage est la reconnaissance des signes et symptômes des troubles anxieux. C'est également le premier point de contact du client avec le réseau de santé.

Les évaluations clinique et fonctionnelle permettent de détecter la présence d'un trait ou d'un trouble et impliquent le recours à des instruments diagnostiques basés sur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) ou l'*International Classification of Diseases* (ICD-10).

Depuis le début de la démarche du plan d'action sur les troubles anxieux, nous avons fait référence aux première, deuxième et troisième lignes de services. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les services sont souvent organisés dans une perspective de « gestion de services » et les utilisateurs doivent s'adapter à ces structures. Cette approche a comme résultat de créer des obstacles à l'accessiblité des services. Par ailleurs, l'approche centrée sur les « besoins de services » permet de reconnaître la primauté des besoins des patients et d'une organisation des services adaptés à ces besoins[4].

Donc, plutôt que de faire référence aux réseaux de première, deuxième et troisième lignes dans une logique de gestion de services, nous avons ciblé comme point de repère **les niveaux de traitement** nécessaires selon les besoins de la clientèle, exprimés par les intervenants de chaque sous-région. Cette approche privilégie une logique d'organisation des services en fonction des besoins de la clientèle. Les services de première ligne pourraient également répondre aux besoins de traitement de premier et deuxième niveaux. La ligne de service ne détermine pas nécessairement le niveau de traitement disponible[5].

Premier niveau : Interventions visant les individus qui présentent les premiers signes et symptômes d'un trouble anxieux ainsi que ceux ayant vécu un premier épisode du trouble.

---

[4] World Health Organisation, Mental Health Policy and Service Guidance Package, *Organization of Services For Mental Health*, Geneva, 2003, p. 7.

[5] Au début du processus du plan d'action, on faisait référence aux 1re, 2e et 3e lignes. Pour cette raison, vous trouverez dans les sections « Inventaire des ressources » une référence aux lignes de services.

Deuxième niveau : Interventions visant les individus identifiés comme présentant un trouble anxieux. Les interventions incluent une variété de traitements jugés efficaces. Ce niveau de traitement peut être offert par les services courants ou par le biais d'une consultation avec les équipes spécialisées.

Troisième niveau : Ces interventions englobent les approches thérapeutiques des troubles anxieux dont l'efficacité a été validée scientifiquement. Ce niveau de traitement peut être offert par les services courants ou par le biais d'une consultation avec les équipes spécialisées.

Quatrième niveau : Ces traitements s'adressent aux personnes présentant des troubles anxieux très complexes ou dont la prévalence est très faible nécessitant des services ultraspécialisés.

Tenue d'activités auprès de groupes cibles d'intervenants afin de les sensibiliser à la détection précoce des troubles anxieux et à la référence aux ressources en santé mentale.

Ensemble d'activités offertes aux omnipraticiens et aux intervenants psychosociaux afin de les habileter à détecter, traiter et diriger, s'il y a lieu, aux ressources spécialisées les personnes aux prises avec des troubles anxieux.

ÉMERGENCE D'UN MODÈLE RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES

La richesse des discussions et les points communs soulevés dans chacune des sous-régions ont permis de dégager un modèle de base régional d'organisation des services. Les discussions des comités ont été alimentées par un canevas de réflexion, conçu par l'Agence de Montréal, qui contenait diverses déclarations de principe afin d'arriver à une vision commune et à une harmonisation des services (voir annexe 7).

Les éléments communs suivants ressortaient des discussions :

- ✓ ***Clientèle visée :*** initialement l'âge de la clientèle était de 14 à 25 ans, selon le document de concensus. Par contre, tous les comités étaient d'accord pour inclure aussi les jeunes de 12 à 14 ans puisque 12 ans représente l'âge du passage de l'école primaire à l'école secondaire. Un passage souvent difficile pour les jeunes;
- ✓ ***Approche centrée sur le milieu de vie des jeunes :*** les comités reconnaissent tous que l'intervention auprès des jeunes doit être davantage centrée sur leur milieu de vie. Les liens entre les services spécialisés, les CLSC et les autres organismes du milieu (organismes communautaires, école, etc.) doivent être accentués, car ils ont souvent des contacts privilégiés avec les jeunes et sont proches de leur milieu de vie. Toutefois, ils se retrouvent souvent isolés;

Ce principe était important pour les comités car il relativise la notion du traitement et met l'accent sur la notion du choix que peut faire le jeune dans son chemin à travers le réseau de soins.

La notion de mobilité était présente dans tous les comités : la mobilité devrait s'intégrer à la pratique, que ce soit de la part des organismes communautaires, des CLSC, des CH ou des cliniques externes. La mobilité ne se décrit pas toujours comme une « équipe mobile », mais plutôt comme un principe confirmant que les services doivent aller vers le milieu autant que l'inverse;

- ✓ **Standardisation des services dans les CLSC :** un traitement standard devrait pouvoir être offert dans tous les CLSC puisque ceux-ci sont relativement près de la communauté. Les services en CLSC devraient être flexibles, mobiles, au besoin, bilingues, comporter un volet multiculturel et être dotés d'une personne-liaison.

  Le traitement tournerait autour de la thérapie cognitivo-comportementale, en individuel ou de groupe.

  Les équipes devraient être multidisciplinaires et comprendre un omnipraticien accessible et formé pour traiter les troubles anxieux;
- ✓ ***Évaluation et références :*** il y a un manque de reconnaissance d'expertise entre intervenants créant ainsi une tendance à la surévaluation ou aux évaluations multiples, ce qui alourdit le système. Les ressources de traitement sont insuffisantes pour la population alors que le délai d'attente de traitement est souvent crucial dans l'évolution et dans la gravité des troubles anxieux. Les temps d'attente doivent être réduits par la formation d'un plus grand nombre d'intervenants;
- ✓ ***Importance de la communication et intégration des services :*** les comités soulignent que les besoins immédiats des sous-régions ne sont pas de créer de nouveaux services, mais premièrement de rendre les services davantage présents et accessibles. De plus, les comités ont constaté que le problème dans le système de santé mentale était non seulement un manque d'accès mais aussi un manque de communication. Il s'agit donc, avant de créer de nouveaux services, d'intégrer les ressources déjà présentes et d'apprendre à se parler;
- ✓ ***Sectorisation :*** l'organisation territoriale des CLSC est questionnée. Souvent pour les jeunes qui fréquentent le collégial ou l'université, leur milieu de vie est celui où se situe leur école. Les intervenants du réseau scolaire connaissent bien les équipes dans leur sous-région;

Cependant, les services offerts n'étant pas les mêmes d'un CLSC à l'autre, cela complique l'orchestration et le suivi de la personne;

- ✓ ***Consultation :*** il faut accorder plus de place à la consultation, avec l'aide des intervenants spécialisés, et la situer avant la référence vers les ressources plus spécialisées. La consultation se voit comme une aide à coordonner les services, pour savoir s'il y a quelque chose à ajouter à l'intervention, pour valider l'intervention, s'il y a lieu, et pour éviter la solitude de l'intervenant avec son client. Tous les organismes devraient être dotés d'une personne-liaison pour faciliter l'accès à la consultation;
- ✓ ***Exportation des services spécialisés :*** l'organisation des services doit viser un désengorgement des services de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Pour ce faire, ces services ne devraient être utilisés que pour les cas plus complexes qui résistent au traitement des services moins spécialisés (CLSC et organismes spécialisés alternatifs). Les centres hospitaliers offriraient donc des services ultraspécialisés avec un mandat régional ou sous-régional. Leur expertise devrait donc être davantage accessible par la consultation;
- ✓ ***Dépistage des cas dans les milieux :*** il existe différents niveaux de dépistage. D'abord, il est important de considérer une sensibilisation de la population afin de favoriser l'autodépistage et de promouvoir tout d'abord le réseau naturel. Il est proposé de rendre accessibles des outils permettant une auto-évaluation.

  Une sensibilisation sur les troubles anxieux est indispensable dans les milieux où sont les jeunes : écoles, familles, milieux de travail, organismes communautaires, centres jeunesse, CLSC, urgences, etc. Les formations des professionnels pourraient aussi inclure un volet sur les troubles anxieux.

  On convient que, dans le but de favoriser le dépistage des troubles anxieux chez les jeunes, il est important de cibler les milieux ou les personnes suivantes :

  - les intervenants des écoles (il existe toutefois des différences entre les écoles secondaires, les cégeps et les universités),
  - les parents, la famille et les proches des jeunes,
  - les milieux de travail,
  - les maisons de jeunes, les centres de loisirs.

Les professionnels qui dépistent un trouble anxieux doivent être en mesure d'offrir le traitement ou du moins d'accompagner la personne dans le processus de traitement pour assurer une bonne continuité des services. Le dépistage des troubles anxieux nécessite une sensibilisation de base pour tous les organismes qui sont en contact avec les jeunes, ainsi qu'une validation de leurs compétences par la suite de la part des organismes spécialisés et ultraspécialisés;

- ✓ ***Évaluation fonctionnelle :*** la première évaluation est basée sur différents signes confirmant la présence d'un trouble anxieux sans être davantage spécifique. Tout en étant sensibilisés aux troubles anxieux et tout en considérant la relation thérapeutique souvent déjà établie, les mêmes intervenants sont appelés à poursuivre le traitement au premier niveau;
- ✓ ***Évaluation clinique :*** l'évaluation doit être faite par un professionnel de la santé mentale. Cette évaluation peut se faire dans les milieux naturels des jeunes (famille, école, etc.) ou auprès des services publics et communautaires (CLSC, maison des jeunes, etc.) Il serait intéressant que les outils utilisés pour l'évaluation soient les mêmes pour tous et facilement accessibles;
- ✓ ***Recherche :*** un arrimage devrait être fait entre le traitement et la recherche. Il faut rendre les dernières nouveautés accessibles et ouvrir les projets de recherche sur des approches adaptées et/ou alternatives auprès de la clientèle jeune. Il est essentiel de créer des liens avec les universités, d'évaluer l'impact des traitements et de diffuser l'information dans tout le réseau. Les intervenants gagneraient également à utiliser davantage d'outils (DSM IV, grille d'évaluation, etc.) afin, entre autres, d'utiliser un langage commun.

MODÈLE RÉGIONAL DE BASE D'ORGANISATION DES SERVICES
(Figure 1)

La vision d'ensemble des réflexions des six sous-régions figure à la page suivante. Au centre du modèle régional, on retrouve le jeune et son milieu de vie. Le jeune, dans un réseau centré sur la clientèle, doit avoir accès au système par la porte d'entrée de son choix.

Autour du jeune gravitent différents types de services ou de traitements. Les flèches pointillées représentent le processus de suivi ainsi que les liaisons qui doivent exister entre les différents niveaux de traitement, et ce, de façon continue. Les flèches pleines représentent des liens de référence vers des niveaux de traitement différents.

Les intervenants cliniques demeurent des artisans d'un niveau de soins adapté aux besoins du client. Ils doivent avoir une approche flexible permettant au client de circuler dans le système de traitement de façon adaptée à ses besoins, et non pas le contraire.

Notre modèle régional sous-entend qu'un jeune qui est dépisté au premier niveau doit recevoir des services d'information et références qui lui permettront de chercher, par lui-même, des réponses adéquates à son problème. **Ce modèle privilégie l'accès aux outils d'autotraitement (self care).**

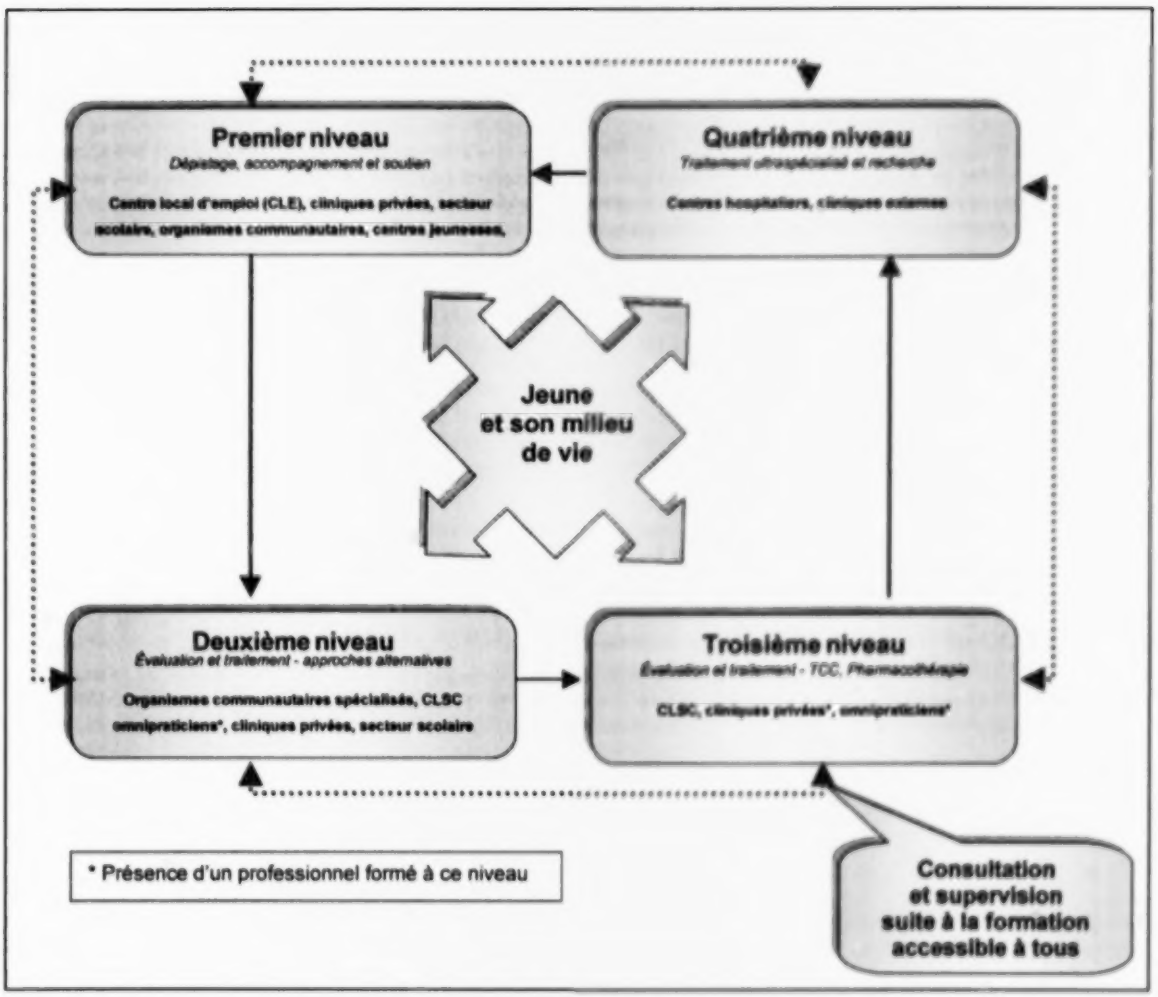
De plus, à ce niveau, le jeune peut aussi recevoir les services d'accompagnement et de soutien ou un premier niveau de traitement à partir d'une consultation avec le personnel de deuxième niveau. Dans les cas exceptionnels, il pourrait également être référé aux autres niveaux de traitement, selon l'intensité de son problème.

Sont accessibles au deuxième niveau de traitement, des approches par des professionnels formés aux troubles d'anxiété. Au troisième niveau se retrouvent des équipes formées en thérapie cognitivo-comportementale et en pharmacothérapie. Enfin, une référence au quatrième niveau de traitement n'est nécessaire que pour les jeunes présentant des problèmes très complexes exigeant un traitement plus spécialisé, voire ultraspécialisé.

RECOMMANDATION

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a comme mandat d'explorer la mise en place de ce modèle régional. Les futurs réseaux locaux s'inspireront des modèles spécifiques que vous trouverez en annexe comme base de réflexion pour l'organisation des services auprès de ces clientèles.

Figure 1 – Modèle régional de base d'organisation des services



Liaison et suivi

Référence vers un niveau d'intervention différent

FORMATION

La formation doit répondre aux besoins de chaque organisme en reconnaissant la spécificité de leur rôle dans l'organisation des services. Il y a donc une nécessité de planifier deux niveaux de formation, soit un premier volet de type sensibilisation/dépistage pour toutes les personnes qui sont en contact avec les jeunes et un deuxième niveau sur l'évaluation biopsychosociale et le traitement, soit la thérapie cognitivo-comportementale adaptée à la réalité des jeunes, pour les intervenants des organismes plus spécialisés. Les comités pensent que les coûts de cette formation devraient être assumés par l'Agence de Montréal.

Les membres des comités sont d'accord pour dire qu'une partie de la formation doit avoir pour but d'approfondir les connaissances de base de tous les intervenants sur les troubles anxieux et les interventions privilégiées. La formation doit permettre aux intervenants de développer une expertise multiple. Selon le consensus d'experts, la thérapie cognitivo-comportementale est à recommander. Cependant, à la lumière des discussions lors de la journée de consensus, le traitement pour les jeunes devrait permettre une ouverture vers des approches alternatives si l'on regarde la complexité des jeunes.

Ces autres approches bien que moins reconnues dans le monde peuvent se révéler parfois plus efficaces dans le contexte actuel du jeune. Les comités recommandent donc que des recherches soient effectuées pour soutenir ces approches alternatives. Il ne s'agit pas, lors de la formation, de véhiculer l'idée que toutes les approches sont valides, pas plus que d'affirmer qu'une seule l'est. Certaines voies sont à favoriser et d'autres, à éviter selon le contexte. Cette finesse doit transparaître dans la formation : les intervenants se doivent d'être flexibles, mais aussi de connaître les bienfaits et les risques de chaque approche.

En vue d'une meilleure intégration du réseau, les groupes de formation de premier niveau devraient être composés d'intervenants de différents milieux afin de favoriser l'arrimage entre des diverses ressources et une meilleure communication.

Les organismes communautaires devraient recevoir une formation de base sur le dépistage, connaître le réseau de soins et avoir accès à des services de consultation pour commencer l'intervention avec les jeunes et utiliser correctement les corridors de référence. Le système doit éviter les évaluations multiples et les temps d'attente, et pour cela, les connaissances des intervenants doivent être reconnues et leur niveau d'expertise doit être validé.

La formation devrait être orchestrée par un organisme extérieur au réseau de la santé, par exemple le milieu universitaire (afin d'éviter que la formation n'ait une dominante trop poussée sur une approche quelconque). Par exemple, certains organismes craignent que l'accent soit mis sur une approche médicale si la formation est orchestrée par les centres hospitaliers.

Par contre, concernant la formation de deuxième niveau, les spécialistes en troubles anxieux desservant les sous-régions pourraient être davantage intégrés dans les équipes de formation. La priorité dans la formation est auprès des intervenants au deuxième niveau de traitement. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal devrait organiser cette formation qui pourrait s'inspirer du modèle de thérapie cognitivo-comportementale, mais adaptée aux divers besoins de la clientèle jeune. Suite à la formation du deuxième niveau, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal devrait orchestrer la formation aux intervenants du premier niveau de traitement.

La formation sans supervision clinique pour permettre une intégration n'est pas considérée efficace. Une formation intégrée avec supervision clinique devrait être disponible. Le modèle de codéveloppement déjà développé dans la région de la Mauricie par l'Université de Montréal est à explorer. Un groupe de codéveloppement professionnel se définit comme étant une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants dans le but de favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental d'améliorer la pratique professionnelle.[6] L'idée centrale est que l'intervenant apprend sur sa propre pratique en écoutant et en aidant des collègues à cheminer dans la compréhension et l'amélioration effective de leur pratique.

SENSIBILISATION

La sensibilisation doit mettre l'accent sur la démystification des troubles anxieux et sur l'apprentissage des habilités des jeunes à développer ses capacités d'adaptation dans la vie de tous les jours. Elle doit promouvoir que prendre soin de sa santé mentale se fait au même titre que prendre soin de sa santé physique, en donnant des consignes simples et efficaces. De plus, la sensibilisation vise à ce que la personne trouve la meilleure façon de prendre soin d'elle-même, de se prendre en charge, d'apprendre à regarder la vie autrement, et de remettre en question certaines de ses attitudes, tout en allant chercher l'aide nécessaire.

---

[6] *Le groupe de codéveloppement professionnel*, publié par Adrien Payette et Claude Champagne, PUQ. (1997), 211 p.

IMPLANTATION DES SERVICES

Recommandations

- Uniformiser l'offre de service des CLSC à Montréal;
- Assurer une liaison entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie de la clientèle adulte;
- Pour assurer l'implantation des modèles d'organisation de services, identifier une ressource dans chacune des sous-régions pour la mise en place de son modèle. L'allocation de cette personne ressource pourrait être fournie par l'Agence ou par les fonds mis à la disponibilité de la sous-région pour une période de deux ans pour l'implantation des réseaux;
- Un organisme ou un établissement doit assumer le leadership dans la démarche et être désigné par la sous-région;
- Assurer l'évaluation de l'implantation et rendre disponible, par la Direction de la santé publique, une équipe d'évaluation du processus pour une période de deux ans;
- Désigner des équipes régionales pour les services ultraspécialisés.

Annexes

PEUR
PAS
PEUR...

ANNEXE 1 - SOUS-RÉGION OUEST

La sous-région Ouest s'est inspirée des expériences de leur sous-comité pour les troubles anxieux, des pratiques des intervenants dans leur sous-région et des données prises à même l'inventaire des ressources pour en arriver à des recommandations d'organisation des services.

✓ Inventaire des ressources[7]

D'abord, il importe de préciser que les données présentées ici se rapportent à la période allant de décembre 2000 à décembre 2001, période durant laquelle a été effectuée la collecte des données. En ce qui concerne les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de troubles anxieux dans la sous-région Ouest, on note la présence de services de première ligne et de deuxième ligne, mais aucun service spécialisé de troisième ligne.

Les seuls intervenants directement accessibles aux jeunes sont des médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et les cabinets privés, les intervenants des trois CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues en pratique privée, et les équipes des services aux étudiants des deux collèges (cégeps Gérald-Godin et John-Abbott). Les services disponibles sur le plan médical sont l'évaluation/référence psychologique ou psychosociale, la psychothérapie individuelle, la psychothérapie de groupe, le suivi psychosocial, l'intervention de crise, et les groupes d'entraide.

Les intervenants, accessibles par référence seulement, sont ceux des services externes en psychiatrie de l'Hôpital général du Lakeshore et ceux de l'organisme communautaire ENSEMBLE. Les services offerts sont l'évaluation psychiatrique et la pharmacothérapie (pour l'hôpital), l'évaluation psychologique, la psychothérapie individuelle, la thérapie de groupe, et l'intervention en situation de crise. La population de l'Ouest doit se déplacer en dehors de la sous-région pour obtenir des services de pédopsychiatrie. Cinq hôpitaux (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Sainte-Justine, L'hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Douglas et Hôpital Royal-Victoria) ont été désignés pour la sous-région Ouest, et ce, en fonction du CLSC de résidence et de la langue d'usage du jeune.

La sous-région Ouest est vaste et la majorité des services sont centralisés dans le territoire du CLSC Lac Saint-Louis. Il y a une pénurie de services dans le secteur nord de la sous-région où se situe le CLSC Pierrefonds.

À tous ces services offerts dans la sous-région, s'ajoutent ceux offerts sur une base régionale à l'ensemble des Montréalais. Nous pensons, entre autres, aux centres de réadaptation en toxicomanie qui aident les jeunes aux prises avec des troubles anxieux associés à la toxicomanie.

---

[7] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Ouest, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.

En ce qui a trait aux services de deuxième ligne, il y a un manque flagrant de services pour les jeunes de moins de 18 ans dans la sous-région Ouest. La sectorisation en santé mentale pose un problème, notamment en ce qui trait aux services de pédopsychiatrie. La plupart des ressources pour la sous-région Ouest sont situées au centre-ville. Les jeunes et leur famille peuvent difficilement se déplacer à cause de la perte de temps occasionnée par des problèmes de transport en commun et à la trop grande distance.

- ***Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel :***
  - M. André Allard, CLSC Pierrefonds
  - Dr Richard Bergeron, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal
  - M^{me} Isabelle Dubreuil, Carrefour Jeunesse-Emploi
  - M^{me} Chevyl Kies, Cégep John-Abbott
  - M. Howard Klarer, Cégep John-Abbott
  - M^{me} Marie-Claude Lajeunesse, Cégep Gérald-Godin
  - M. Howard Nadler, Centre Batshaw
  - M. Yves Picard, Carrefour Jeunesse-Emploi
  - M^{me} Birgit Ritzhaupt*, Projet Ensemble
  - M^{me} Louise Rosenberg, Hôpital général du Lakeshore
  - M. Garry Saunders, Commission scolaire Lester B. Pearson
  - M. François Ste-Marie*, Services d'intervention psychosociale West Island inc.
  - M^{me} Katia Zimmerman, Table de concertation jeunesse

  ** Réprésentant nommé par la Table de concertation en santé mentale de l'Ouest*

- **Personnes interpellées pour la validation du modèle d'organisation de services**
  - Dre Natalie Grizenko, Hôpital Douglas
  - M. André Gagnière, CLSC Lac Saint-Louis
  - M. Michel Lemay, CLSC de Vieux La Chine
  - M^{me} Josée Mallette, CLSC de Vieux La Chine
  - M^{me} Mariette Lebrun Bohémier, CLSC Pierrefonds
  - Dr Mounir Samy, L'hôpital de Montréal pour enfants

✓ Modèles d'organisation de services

Le comité propose les modèles d'organisation de services à partir de plusieurs constats et principes :

- Il y a approximativement 3 000 jeunes ayant des besoins dans la sous-région Ouest, tel que présenté dans le bilan de l'inventaire des ressources de sous-région;
- Il faut partir des jeunes les plus vulnérables;
- L'organisation des services pour des jeunes de 14-17 ans et de 18-25 ans devrait être analysée en tranches distinctes;
- Les données du DRMG démontrent surtout des insatisfactions concernant la médecine générale et le soutien du système psychiatrique;
- 90 % des omnipraticiens sur le territoire ne prennent pas de nouveaux cas;
- Les intervenants doivent être très près des jeunes pour pouvoir les rejoindre dans leur milieu.

Modèle A - Modèle idéal *(voir Figure 2)*

Équipe mobile

Le comité propose la formation d'une équipe mobile sous-régionale d'intervenants spécialisés en troubles anxieux auprès de la population des jeunes. Les professionnels composant l'équipe seraient choisis selon leurs connaissances (ex. : troubles traités, types d'interventions ou approches utilisées, expérience avec les jeunes, polyvalence, etc.) Il faudrait minimalement un psychologue formé en thérapie cognitivo-comportementale, un travailleur social spécialisé en approche systémique et un médecin généraliste de liaison qui gardera des liens avec les cliniques privées. Pour les 12-17 ans, l'équipe devrait être formée de trois intervenants. Le même nombre et le même type d'intervenants seraient nécessaires pour les jeunes de 18-25 ans.

Rôle de l'équipe

- Évaluation;
- Traitement (pharmacologique et thérapeutique);
- Référence;
- Mobilisation du milieu;
- Chef d'orchestre des ressources déjà en place quant aux services offerts aux jeunes;
- Développer un modèle de « coaching » des jeunes, principalement des garçons.

Dépistage des cas dans les milieux

Pour qu'un traitement ou une intervention puisse commencer, il faut établir un lien de confiance entre le jeune et l'intervenant. Le dépistage se fait en partenariat avec le milieu (famille, écoles, cégeps). Pour faciliter le contact avec les jeunes en milieu scolaire, il pourrait y avoir des « conseils de pairs » dans chaque milieu scolaire. Ces jeunes seraient choisis parmi les pivots ou leaders de leur milieu, seraient en lien avec les intervenants de l'équipe mobile et seraient formés chaque année en conséquence.

Les jeunes entre 18 à 25 ans sont au cégep, à l'université, au travail ou à la maison dans leur famille. Les jeunes dans le milieu scolaire ont déjà accès à des services d'évaluation et d'intervention à court terme en cas de problèmes. Ceux qui sont dans les milieux de travail peuvent avoir accès aux programmes d'aide aux employés ou à des services plus conventionnels. Ceux qui demeurent encore à la maison sont généralement amenés dans le système de soins par la famille, majoritairement par les parents.

Carrefour Jeunesse Emploi pourrait agir sur le plan du dépistage étant donné leur lien direct avec les jeunes en recherche d'emploi. Leurs intervenants seraient formés chaque année en conséquence.

Administration et localisation de l'équipe mobile

La responsabilité administrative relèverait d'un CLSC du territoire. Les critères pour le CLSC désigné seront décidés par la Table de concertation sous-régionale en santé mentale.

✓ Traitement

L'équipe mobile, à partir d'une approche de milieu, offrirait une thérapie de type cognitivo-comportemental et systémique adaptée aux besoins des jeunes.

Centre de psychothérapie communautaire

La sous-région pourrait bénéficier des services de psychothérapie communautaire dont le coût serait adapté aux capacités de payer du client.

Consultations médicales

Les médecins seraient consultés au besoin, en deuxième ligne, à partir d'une liste de médecins intéressés par ce type d'intervention avec les jeunes. Ils pourraient alors réserver des disponibilités pour recevoir rapidement les jeunes déjà rencontrés par l'équipe mobile. Ces jeunes seraient alors de nouveaux clients. Les médecins pourraient être identifiés à partir des informations colligées lors de l'inventaire des ressources et provenir de différents milieux (CLSC ou privé).

- *Soutien de groupe*

  Chaque CLSC offrirait un groupe pour des troubles anxieux et une personne répondante pour ce dossier.

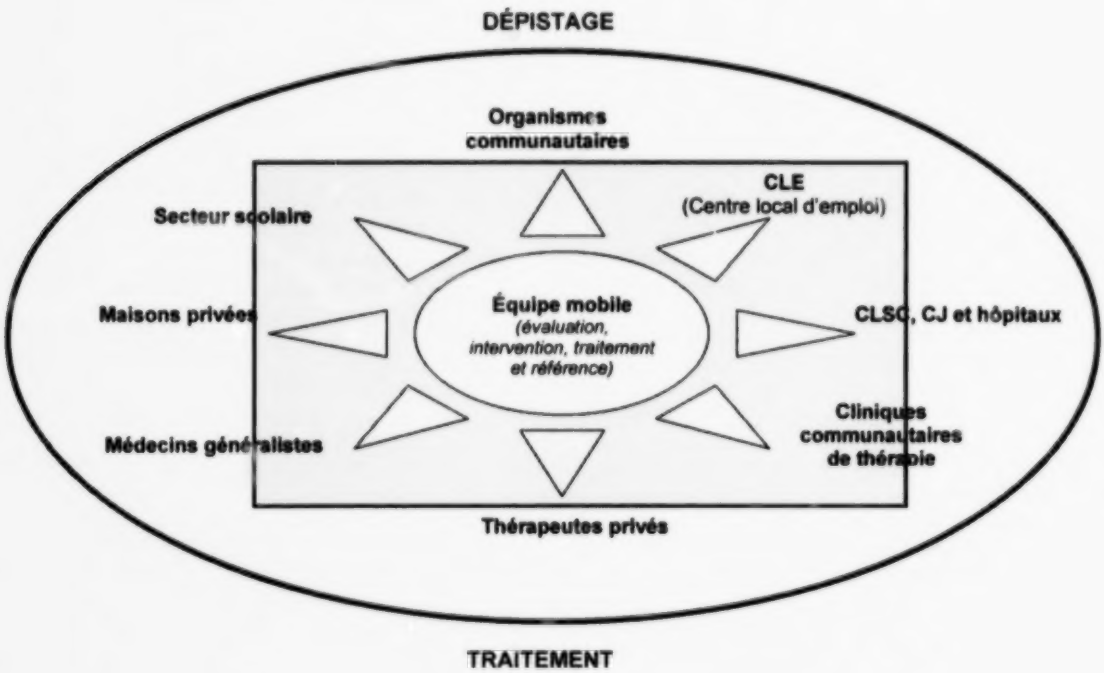
- *Traitement ultraspécialisé*

  Pour ce qui est de la 3e ligne, il faudrait désectoriser les territoires de l'ouest de l'île en pédopsychiatrie et identifier un seul centre hospitalier pour les francophones et les anglophones.

- *Composition de l'équipe mobile*

  Une équipe de six intervenants et d'un médecin généraliste de liaison. Trois intervenants spécialisés en intervention auprès des 14-17 ans et trois intervenants pour la clientèle de 18-25 ans.

Figure 2 : Modèle idéal d'organisation des services pour le traitement des troubles anxieux dans la sous-région Ouest



Modèle B - Modèle réaliste

Équipe mobile restreinte

L'équipe mobile sous-régionale serait formée à partir des ressources existantes. Il pourrait y avoir des intervenants provenant de chaque milieu (CLSC, organismes communautaires, hôpitaux, cliniques privées). La responsabilité administrative relèverait d'un CLSC du territoire. Ce modèle implique qu'il y ait un répondant dans chaque CLSC, centre de crise et hôpital ainsi qu'une équipe médicale incluant un médecin généraliste et un psychiatre attaché. La notion de mobilité reste essentielle pour s'assurer que toute la sous-région soit desservie.

Modèle C - Modèle de développement

Si des budgets limités devenaient disponibles pour les services pour cette clientèle, il faudrait assurer la création de l'équipe mobile restreinte en ajoutant des postes permanents supplémentaires à l'équipe.

✓ Formation

Une formation, type sensibilisation, doit être disponible pour les intervenants dans les milieux non spécialisés en santé mentale afin de permettre l'identification du problème et les premières étapes d'intervention (cégeps, écoles, services emploi jeunesse, maison des jeunes).

Pour les répondants des CLSC, du centre de crise, de la clinique des jeunes et de l'équipe d'adultes des CLSC, une formation plus approfondie doit être disponible en approche proactive et en approches thérapeutiques variées incluant la thérapie cognitivo-comportementale.

L'équipe mobile doit être formée en thérapie cognitivo-comportementale, en pharmacologie et en approche proactive.

Les médecins généralistes dans les cliniques privées devraient recevoir une formation, type sensibilisation sur les troubles anxieux. Les médecins généralistes désignés devraient recevoir une formation en approche cognitivo-comportementale, en pharmacothérapie et en approche proactive.

✓ Sensibilisation

La phase de sensibilisation du grand public exige des conditions propices préalables : un modèle de services implanté et une première phase de formation des intervenants et des médecins terminée.

Une fois ces conditions remplies, une campagne de masse peut commencer. Il faut cibler les milieux de jeunes et les moyens de communication plus adaptés aux habitudes des jeunes (télévision, internet, etc.)

✓ Conclusion

La pénurie de services en santé mentale auprès des jeunes dans la sous-région Ouest de Montréal, l'organisation de services sur le plan géographique et l'étendue du territoire à desservir et la réalité des jeunes en soi exigent le développement de services innovateurs, flexibles et adaptés pour la sous-région.

La sous-région Ouest a une tradition de fonctionnement en réseau et un esprit de partenariat bien établis entre les ressources. Cette force est fondamentale pour le développement des services auprès de la clientèle jeune ayant des troubles anxieux.

✓ Recommandations

- Identifier une entité afin d'assurer l'implantation des services pour cette clientèle puisque la mise en place du modèle présenté dans ce document demande un leadership de la part d'un établissement, d'un organisme ou d'une autre structure organisationnelle;
- Mettre en place le plus rapidement possible une équipe mobile restreinte dans la sous-région;
- Assurer l'implantation de la thérapie de groupe dans les CLSC de la sous-région;
- Nommer dans chaque CLSC une personne répondante pour le dossier des troubles anxieux;
- Pour améliorer les corridors de référence vers le 3e niveau, désectoriser les territoires de l'ouest de l'île en pédopsychiatrie et identifier un seul centre hospitalier pour les francophones et les anglophones;
- Explorer la mise en place d'un centre de services de psychothérapie communautaire;
- Explorer la mise en place des « conseils de pairs » dans chaque milieu scolaire;
- En collaboration avec le DRMG, et à partir des informations colligées lors de l'inventaire des ressources, dresser une liste de médecins intéressés par ce type d'intervention avec les jeunes qui réserveraient des disponibilités pour recevoir rapidement les jeunes déjà rencontrés par l'équipe mobile.

ANNEXE 2 - SOUS-RÉGION CENTRE-EST

L'organisation des services dans la sous-région Centre-Est est influencée par le grand nombre de ressources disponibles et par l'importance de maximiser l'utilisation de ces ressources et la complimentarité entre les services.

✓ Inventaire des ressources[8]

Il importe de préciser que les données présentées ici se rapportent à la période allant de décembre 2000 à décembre 2001, période durant laquelle a été effectuée la collecte des données. La sous-région Centre-Est est caractérisée par ses nombreux organismes et services situés dans le secteur. Concernant les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de troubles anxieux dans la sous-région Centre-Est, on note la présence de services de premier, de deuxième et de troisième niveaux.

Les intervenants directement accessibles aux jeunes sont les médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et les cabinets privés, les intervenants des CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues en pratique privée, et les équipes des services aux étudiants des collèges et universités. Ils offrent la gamme suivante de services :

- Volet médical : évaluation, pharmacothérapie, thérapie de soutien et, pour un médecin de CLSC, thérapie cognitivo-comportementale (TCC);
- Volet psychosocial : évaluation/référence, évaluation psychologique ou psychosociale, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, suivi psychosocial, intervention de crise, et groupes d'entraide.

Les intervenants accessibles seulement par référence sont ceux du CHUM (deux hôpitaux, Notre-Dame et Saint-Luc, pour les services aux adultes et l'Hôpital Notre-Dame pour les services en pédopsychiatrie) et ceux de l'Hôpital Jean-Talon (clinique externe de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie). Les services de deuxième et troisième niveaux offerts sont l'évaluation psychiatrique et la pharmacothérapie, l'évaluation psychologique, la psychothérapie individuelle et de groupe. Mentionnons que, pour les services en pédopsychiatrie, différents hôpitaux ont été désignés pour donner les services, et ce, en fonction du CLSC de résidence et de la langue d'usage du jeune. Ainsi, la population anglophone du Centre-Est est desservie par l'Hôpital Royal-Victoria alors que la population francophone l'est par quatre hôpitaux différents selon les territoires de CLSC : l'Hôpital Notre-Dame du CHUM, l'Hôpital Jean-Talon, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

À tous ces services offerts dans la sous-région, s'ajoutent ceux offerts sur une base régionale à l'ensemble des Montréalais. Nous pensons, entre autres, aux centres de réadaptation en toxicomanie qui aident les jeunes aux prises avec des troubles anxieux associés à la toxicomanie.

---

[8] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Centre-Est, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.

Dix organismes communautaires en santé mentale offrent certains services pour les jeunes souffrant de troubles anxieux dans la sous-région Centre-Est :

Centre de crise le Transit, Maison Saint-Jacques, Centre Saint-Pierre (privé à tarif réduit), Le bon Dieu dans la rue, Société canadienne du stress (privé à tarif réduit), Centre d'écoute et de référence Halte-AMI, Phobies-Zero, GEME, Revivre, La Clé des champs.

Les processus de référence entre les différents partenaires sont actifs dans la sous-région Centre-Est mais varient selon le territoire de CLSC. On assure généralement le suivi des jeunes référés.

Il y a une présence de différentes formes d'ententes formelles et informelles entre les différents partenaires.

Le Centre-Est a développé une foule de modalités de collaboration moins formelles entre les différents partenaires du milieu (soins partagés, discussion de cas, consultation/liaison, transfert de dossiers, etc.) Le degré de satisfaction face à ces modalités est assez bon même si certains déplorent les délais d'attente pour les services en pédopsychiatrie et psychiatrie, le manque de ressources et un besoin de meilleure collaboration entre les ressources.

- ***Membres du comité***

Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel :

- Dre E. Lila Amirali, CHUM – Hôpital Notre-Dame du CHUM
- M^me^ Diane Aubin, Le bon Dieu dans la rue
- M^me^ Claudia Benoît, Phobies-Zéro
- M^me^ Suzanne Bourbonnais*, CLSC du Plateau Mont-Royal
- M^me^ Lyne Desrosiers, Hôpital Notre-Dame du CHUM
- M^me^ Marielle Dion, CLSC La Petite Patrie
- M. Frédéric Doutrelepont, CLSC des Faubourgs
- M. Pierre Forest*, Maison St-Jacques
- M^me^ Violaine Gagnon, Centre d'écoute UQAM
- Dr Jean-Pierre Guay, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal
- M^me^ Marie-Andrée Laplante, Phobies-Zéro
- M. André Michaud, UQAM
- M. Jean-Rémy Provost, Revivre
- M^me^ Louise Rondeau, CLSC St-Louis-du-Parc
- M^me^ Marthe Savoie, CLSC Villeray
- M^me^ Diane Tessier, CLSC La Petite Patrie

**Représentants nommés par la Table de concertation en santé mentale de Centre-Est.*

✓ Modèles d'organisation de services

Tout d'abord, certains éléments contextuels sont rapportés par le comité du Centre-Est :

- Il n'est pas vraiment utile de mettre des limites d'âge dans une organisation des services accessibles. Il faut plutôt considérer les jeunes selon les problématiques et leur niveau de maturité;
- Très souvent, dans les établissements, les structures sont contraignantes et nuisent à l'accès aux services (heures d'ouverture, déplacement, etc.) Par ailleurs, quand les intervenants sont mobiles, il y a une meilleure observance aux traitements;
- Tous les CLSC n'offrent pas les mêmes services. Chez certains, il n'y a pas de services médicaux à l'interne, et l'équipe d'intervention en santé mentale est très petite. De plus, il y a de longues listes d'attente pour les références en deuxième ligne et, souvent, les jeunes ne veulent pas consulter dans des milieux trop identifiés aux services psychiatriques;
- Les connaissances de certains médecins généralistes sont limitées quant au traitement des troubles anxieux;
- La question des lieux de traitement amène celle, cruciale, de l'évaluation. Une bonne évaluation permet d'orienter le jeune vers la bonne ressource et le bon traitement;
- La contrainte de l'organisation des services de psychiatrie est relevée. Les quotas de psychiatres par sous-région peuvent limiter l'accès à des services destinés aux jeunes;
- On note des effets non désirés des programmes offerts aux jeunes dans les CLSC ou ailleurs. Ces programmes ayant des critères et des structures d'accueil très stricts, seuls les jeunes avec un problème de santé mentale grave peuvent y avoir accès;
- Par ailleurs, les services de réadaptation en santé mentale offerts au CHUM par les ergothérapeutes ne sont pas facilement accessibles car la personne doit être suivie par un médecin du CHUM pour y être admissible. Pour favoriser l'utilisation de ces services par les jeunes, il faudrait les relocaliser ailleurs que dans les départements de psychiatrie des centres hospitaliers.

Le lieu de traitement doit être le plus proche possible du jeune. Le lieu de traitement, c'est le lieu physique mais c'est aussi la personne avec qui le jeune a le meilleur lien. Il doit y avoir plusieurs lieux de traitement possibles pour répondre aux différents besoins des jeunes. Il faut favoriser la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et voir à ce que les intervenants puissent se déplacer vers les milieux des jeunes

Concernant la disponibilité des médecins, il pourrait y avoir des médecins pivot dans chacun des territoires de CLSC pour offrir la pharmacothérapie.

Il faut viser un assouplissement des structures des établissements (par exemple, quand un jeune est référé au CLSC par un intervenant, il devrait pouvoir « sauter » le service d'accueil psychosocial pour accélérer toute la démarche). Il faut également favoriser une ouverture face à la problématique de l'abus de substances et favoriser le déplacement des intervenants. Ces principes ne doivent pas seulement viser les services de 1re ligne mais aussi ceux de deuxième ligne.

Modèle A - Modèle idéal (voir figure 3)

Le modèle d'organisation des services proposé pour la sous-région Centre-Est en est donc un de soins intégrés, soit :

- Présence d'une équipe multidisciplinaire, spécialisée dans le traitement des troubles anxieux chez les jeunes relevant de la psychiatrie générale, dont les membres peuvent se déplacer vers les milieux des jeunes et travaillant en étroite collaboration avec les équipes des CLSC et des autres organismes spécialisés.

Ce modèle fonctionnera seulement si les conditions suivantes sont mises en place :

- Les structures d'accueil des CLSC sont assouplies;
- La liaison entre l'équipe multidisciplinaire et les équipes des CLSC, les organismes communautaires, les services des cégeps et des universités est bonne;
- Les portes d'entrée dans le système sont multiples, et ce, pour répondre aux besoins de tous les jeunes;
- Une formation d'appoint est disponible pour les intervenants des différents établissements engagés;
- Les personnes pivot de liaison existent dans toutes les établissements et organismes et sont bien connues de tous les organismes participants.
- Les thérapies de groupe cognitivo-comportementales présentement offertes par le CHUM seront offertes en CLSC avec des intervenants du CLSC de la sous-région et en collaboration avec les universités et cégeps.

Les membres du sous-comité croient qu'idéalement les services de traitement devraient partir de l'école. Toutefois le problème de l'identification du professionnel devant avoir cette responsabilité demeure. Les travailleurs sociaux et les psychoéducateurs seraient à privilégier, mais ces professionnels sont en nombre insuffisant dans les écoles, les besoins en services étant très sous-estimés.

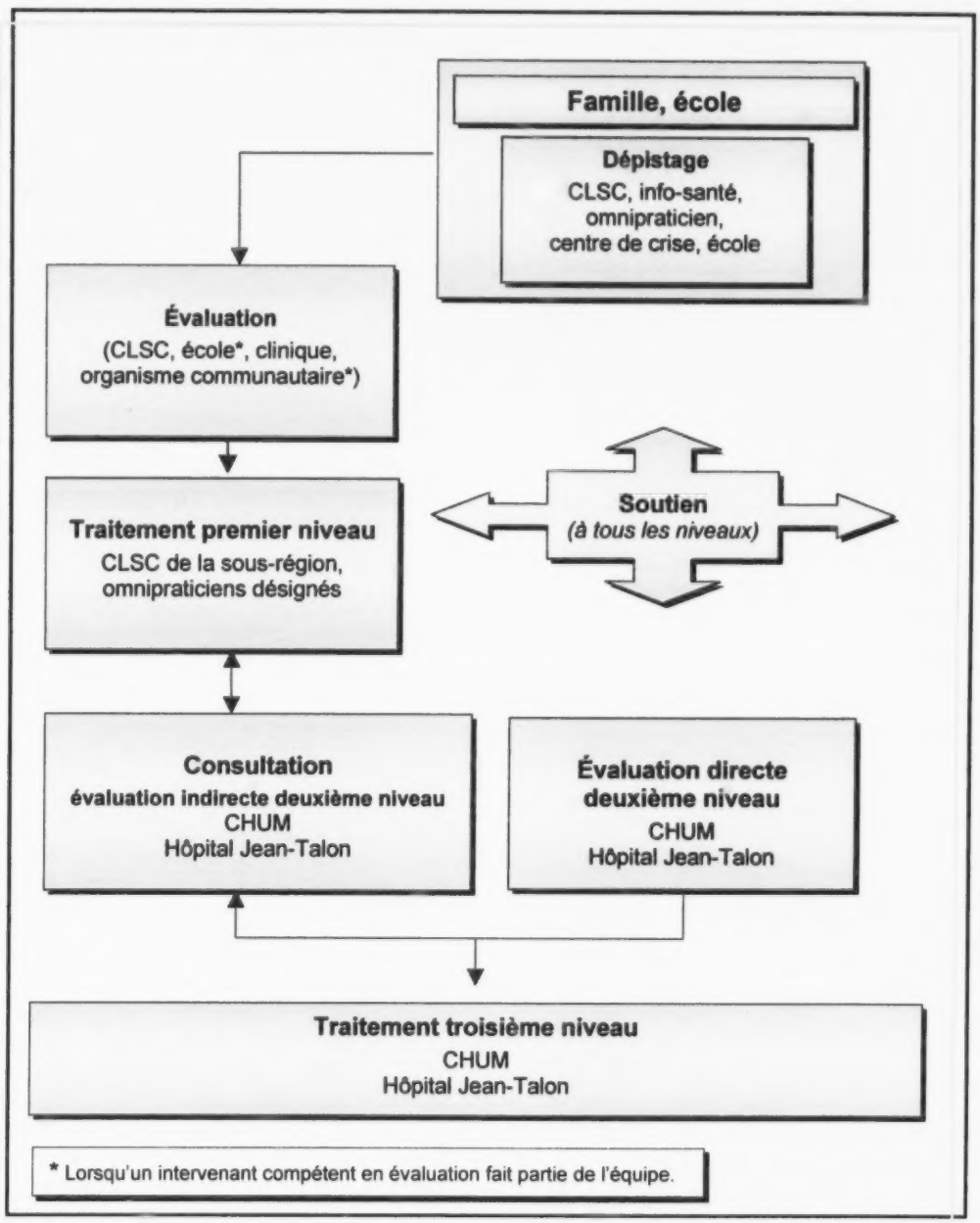
Modèle de consultation-liaison-soutien

La notion de soutien joue un rôle important dans le modèle du Centre-Est. Ce « soutien » fait partie des mandats de tous les organismes et établissements du milieu quand un jeune est référé à un autre organisme ou établissement. L'intervenant référant maintient son rôle de « soutien » auprès du client et auprès de l'intervenant qui a accepté la référence, tout au long du processus.

Définitions

- **Milieux :** milieux de vie des jeunes (écoles secondaires, cégeps, universités, maison des jeunes, etc.);
- **Évaluation indirecte** : discussion de cas avec l'équipe de premier niveau de traitement et une ressource spécialisée de deuxième niveau de traitement (intervenant provenant de l'équipe spécialisée assurant le soutien aux intervenants du premier niveau de traitement);
- **Intake/évaluation directe** : évaluation biopsychosociale faite par un psychiatre ou un intervenant spécialisé (3e niveau de traitement).

Figure 3 - Modèle idéal d'organisation des services pour le traitement des troubles anxieux de la sous-région Centre-Est



Modèle B – Modèle réaliste

Le problème dans l'articulation d'un modèle réaliste reste le manque de médecins dans la sous-région. Il faut un médecin plus spécialisé par territoire pour traiter les troubles anxieux sur le plan médical. L'autre problème demeure le manque des ressources de soutien et d'entraide spécifique à la clientèle de troubles anxieux. Il faut développer des modalités de soutien au traitement.

Malgré les failles dans le système, le sous-comité propose les actions suivantes pour rendre les services plus accessibles immédiatement :

- Tous les CLSC doivent offrir des services d'évaluation pour les jeunes;
- Le traitement de premier niveau offert par :
  - CLSC du Plateau Mont-Royal,
  - CLSC St-Louis du Parc,
  - CLSC Villeray
  - Hôpital Jean-Talon (jeunes),
  - Cliniques privées désignées;
- Consultations-évaluations indirecte et directe offertes par le CHUM pour les adultes et par l'Hôpital Jean-Talon pour les jeunes;
- Les CLSC collaborent pour la mise en place des thérapies de groupe.

Modèle C - Modèle de développement

Dans un contexte où des ajouts de ressources ou de services seraient possibles, les éléments suivants seraient à prioriser :

- Avoir des points d'écoute et d'intervention dans tous les milieux où l'on retrouve des jeunes (écoles, maisons de jeunes, organismes communautaires, CLSC, etc.) Ces intervenants seraient disponibles pour recevoir les jeunes, discuter avec eux et, éventuellement, initier un premier niveau d'intervention. Dans le même sens, on suggère qu'il y ait plus de services d'écoute, de sensibilisation et de référence dans les écoles, tel que l'organisme Halte-Ami;
- Ajouter des ressources de traitement particulièrement en lien avec l'équipe spécialisée pour le soutien aux intervenants au premier niveau de traitement;
- Augmenter les budgets des services de groupe;
- Promouvoir l'importance des services en santé mentale dans les établissements.

✓ Traitement

Pour faire suite au dépistage dans le milieu ou dans les établissements, différents professionnels peuvent ainsi se greffer à l'équipe et permettre un traitement non seulement médical, mais aussi biopsychosocial. Il s'agit ici du traitement deuxième niveau.

Traitement troisième niveau : on propose une équipe multidisciplinaire mobile provenant des centres hospitaliers.

✓ Formation

La formation devrait développer des connaissances concernant les troubles anxieux et les pratiques cliniques à partir d'un modèle de soins partagés. Pour le développement des connaissances, le programme de formation de l'Hôpital Douglas est suggéré.

✓ Sensibilisation

Pour réussir à rejoindre les jeunes, il faut aller là où sont les jeunes. Les écoles dans la sous-région ont beaucoup apprécié le travail de l'Association canadienne pour la santé mentale sur la dépression. Le Bureau de consultation jeunesse (BCJ) a aussi utilisé une approche de prévention intéressante auprès des jeunes.

✓ Conclusion

La sous-région de Centre-Est possède une vaste gamme de services. Il existe une variété complète de structures pour offrir des services auprès des jeunes : établissements de la santé, organismes communautaire, cégeps, université, écoles secondaires. Malgré cette richesse, sa situation géographique et la complexité des besoins dans une région urbaine centrale demandent une meilleure coordination entre les organismes.

✓ Recommandations

- Mettre en place des thérapies de groupe dans les CLSC de la sous-région;
- S'assurer que chaque établissement et organisme nomme une personne pivot de liaison pour les troubles anxieux;
- Lors de la campagne de sensibilisation, promouvoir le dépistage à partir d'une approche d'autodétection;
- S'assurer que l'aspect multiculturel est intégré dans la démarche d'organisation des services;
- S'assurer que les intervenants deviennent plus mobiles dans l'offre de services;
- Bonifier l'évaluation pour les jeunes dans les CLSC avec des outils concrets et reconnus scientifiquement et offrir le soutien clinique nécessaire.

ANNEXE 3 - SOUS-RÉGION NORD

✓ Inventaire des ressources[9]

D'abord, il importe de préciser que les données présentées ici se rapportent à la période allant de décembre 2000 à décembre 2001, période durant laquelle a été effectuée la collecte des données. Concernant les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de trouble anxieux dans la sous-région Nord, on note la présence de services première, deuxième et troisième lignes. Les intervenants directement accessibles aux jeunes sont les médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et les cabinets privés, les intervenants des CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues en pratique privée et les équipes des services aux étudiants des collèges, du moins là où les services existent. Ils offrent la gamme suivante de services :

- Volet médical : évaluation, pharmacothérapie de soutien et thérapie cognitivo-comportementale;
- Volet psychosocial : évaluation/référence, évaluation psychologique ou psychosociale, psychothérapie individuelle et de groupe, suivi psychosocial, intervention de crise, et groupe d'entraide.

Les intervenants seulement accessibles par référence sont ceux du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (clinique des troubles anxieux et clinique des adolescents) et ceux du Centre hospitalier Fleury. La population anglophone du Nord doit se déplacer en dehors de la sous-région pour obtenir des services de pédopsychiatrie. Quatre hôpitaux sont désignés en fonction du territoire de CLSC de résidence et de la langue d'usage du jeune.

À tous ces services offerts dans la sous–région, s'ajoutent ceux offerts sur une base régionale à l'ensemble des Montréalais. Notons, entre autres, les centres de réadaptation en toxicomanie qui aident les jeunes avec des troubles anxieux associés à de la toxicomanie.

Les processus de référence entre les différents partenaires sont assez actifs, mais varient selon le territoire de CLSC. On note la présence de différentes formes d'ententes formelles et non formelles entre les différents partenaires.

On a aussi développé une foule de modalités de collaboration moins formelles entre des différents partenaires de milieu. Mais le degré de satisfaction face à ces modalités est plutôt limité. On note dans certains situations un manque de régularité de liaison, un manque d'accessibilité aux services psychiatriques et pédopsychiatriques et un besoin de collaboration plus étroite avec les psychiatres. Certains services de deuxième et troisième lignes engendrent aussi une insatisfaction face aux collaborations avec la 1re ligne.

Le CLSC Ahuntsic offre le premier et le deuxième niveaux de traitement avec la consultation de la part de la Clinique des troubles anxieux du Pavillon Albert-Prévost.

---

[9] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Nord, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.

PEUR
PAS DE PEUR
PEUR

- ***Membres du comité***

Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel :

- M. Pierre Beauvilliers, Centre hospitalier Fleury
- M^me^ Marie Bellavance, Collège Regina Assumpta
- M^me^ Diane DaSylva, Cégep St-Laurent
- M^me^ Marie-Claude Desjardins, CLSC Montréal-Nord
- M^me^ Carole Doré, CLSC Ahuntsic
- M^me^ Eugenelle Fortin, Association Iris inc.
- M^me^ Christine Fournier, Pavillon Albert-Prévost
- Dre Guylaine Gagné, CDA – Pavillon Albert-Prévost
- M^me^ Nathalie Gauthier, CLSC Ahuntsic
- M. André Gobeil, CLSC Ahuntsic
- M. André Grégoire, Cégep Ahuntsic
- M^me^ Denise Groleau, CLSC Nord de l'Île, Cégep Bois-de-Boulogne
- M^me^ Jacqueline L'Abbé, La Clé des champs
- M^me^ Marie-Laure Landais, Maison des jeunes de Bordeaux-Cartierville
- M^me^ France Levasseur, École Sophie-Barat
- M^me^ Caroline Moisan, CLSC Nord de l'Île
- M^me^ Nicole Moquin, École LaDauversière
- M^me^ Marie-France Pelland, CLSC Nord de l'Île
- M. Patrick Pelletier, Cégep Ahuntsic
- M^me^ Dominique Robert, Centre thérapeutique de jour Prise II
- M^me^ Johanne Rome, L'Arrêt-Source Inc.

Personnes interpellées pour la validation du modèle d'organisation de services :

- L'équipe des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Dr Normand Lussier, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Dr Pierre Savard, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

- **Modèles d'organisation de services**

Une approche biopsychosociale adaptée à la problématique singulière de chaque jeune souffrant de troubles anxieux est privilégiée. Différentes approches peuvent être efficaces, tant pharmacologiques que thérapeutiques. Une évaluation biopsychosociale complète est nécessaire pour orienter le jeune vers l'aide et l'encadrement les plus appropriés, en prenant en considération sa dynamique et sa problématique. On parle donc de laisser le choix au jeune, dans une certaine structure, en continuant de l'accompagner et de lui faire voir les effets de ses choix. Car les jeunes expriment aussi le besoin d'être soutenus et encadrés; les choix à faire peuvent être facteurs d'anxiété.

La thérapie cognitivo-comportementale a besoin d'être adaptée pour les jeunes de 12-25 ans. Les jeunes n'ont peut-être pas la maturité et la reconnaissance de leurs problèmes nécessaires pour une telle approche. Il est important d'amener le jeune à faire partie intégrante de la démarche et qu'il ait une part à prendre dans le choix de l'approche.

Modèle A – Modèle idéal (voir Figure 4)

Cette définition plus vaste du traitement ouvre la porte à beaucoup d'approches. C'est une définition qui gagnerait à être davantage balisée et à y ajouter d'autres paramètres. Aussi, en parlant d'évaluation biopsychosociale, on fait nécessairement référence à plusieurs experts, ce qui amène la notion d'équipe multidisciplinaire de traitement. Comme chaque individu ne possède peut-être pas une expertise complète, l'accessibilité aux autres experts sera primordiale.

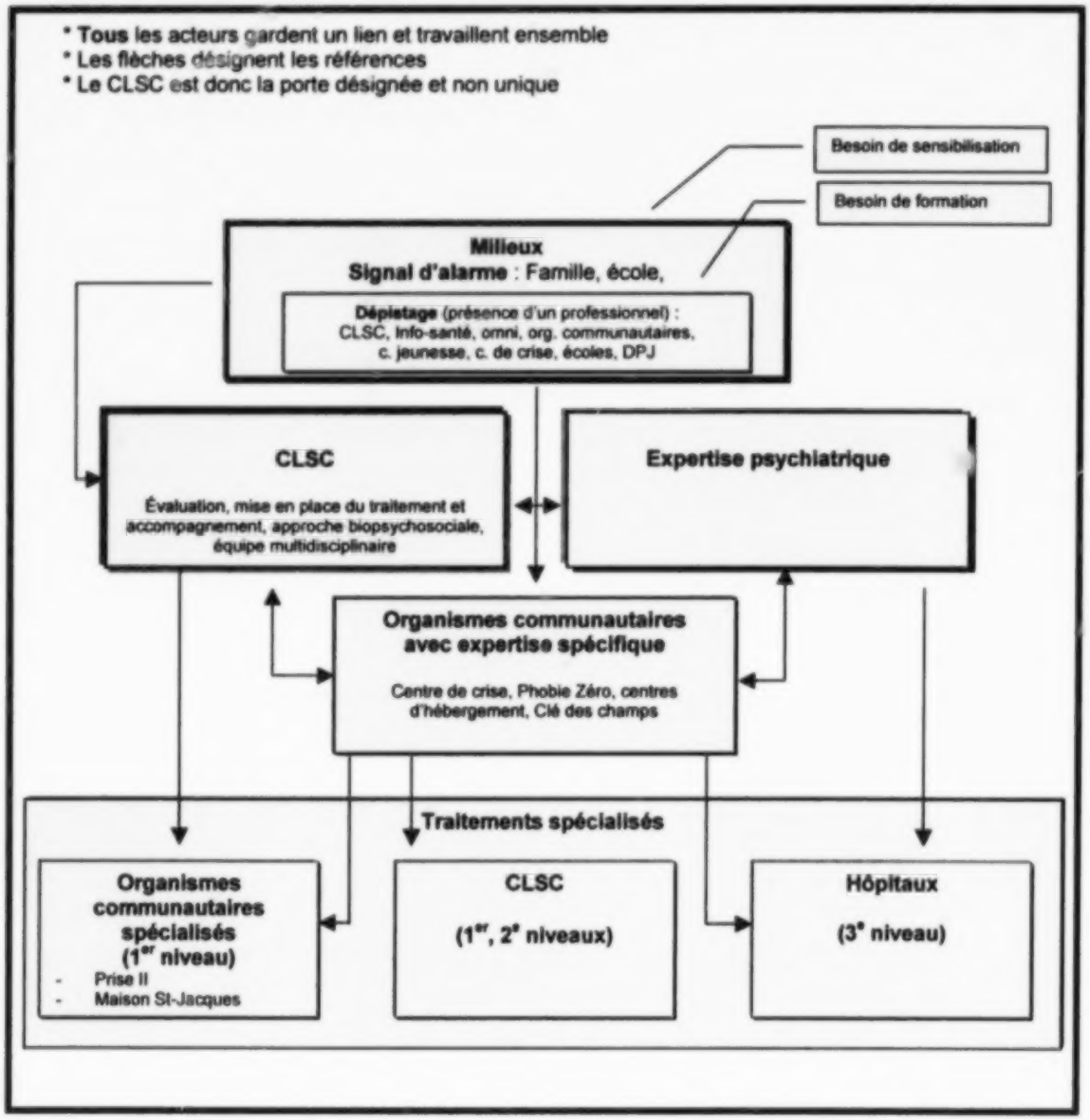
L'attribution d'un mandat spécifique aux CLSC est proposée, ce qui créerait un volet santé mentale/jeunesse, en partenariat avec les médecins. Les psychiatres seraient disponibles pour des consultations et pour de l'aide (recommandations) dans l'élaboration du traitement. Si nécessaire, les jeunes pourraient avoir accès à d'autres ressources plus spécialisées dans les traitements. Toutes les ressources qui ont contribué au dépistage, à l'évaluation et au début de traitement garderaient contact entre elles et avec le réseau de traitement. L'intervention doit être circulaire et reconnaître l'expertise et les limites de chaque partie du réseau.

Population 14-18 ans : Il faut assurer le lien entre les services de 1re ligne et les services plus spécialisés par l'implication de l'intervenant auprès des services de pédopsychiatrie ou des autres services spécialisés. Il faut aussi identifier, dans chacun des milieux, une personne-clé, ou personne pivot, pour favoriser la liaison et les discussions de cas.

Population 18-25 ans : Il faut reprendre le principe de personne pivot, identifiée dans chaque milieu engagé dans cette problématique et éviter de mettre en place des modes de liaison trop lourds. Le contact téléphonique est à favoriser, la contribution des ressources alternatives pourrait être augmentée pour mieux répondre aux besoins des jeunes. Un premier niveau de traitement pourrait se faire dans les écoles. Il faut donc favoriser le déplacement des intervenants vers les milieux scolaires.

Le comité demande à l'Agence de Montréal de poursuivre une démarche de standardisation, face à l'ensemble des mandats et partenaires, et notamment de voir à ce que les services – sans hébergement – des centres d'intervention de crise soient accessibles à partir de 14 ans.

Figure 4 - Modèle idéal d'organisation des services de traitement des troubles anxieux pour la sous-région Nord



Modèle B - Modèle réaliste

Le comité souhaiterait que, dès demain, des personnes de liaison soient en place dans chacun des organismes reliés au réseau de services.

Les services devraient être présents dans tous les CLSC. Cependant, on souligne que dans ce cas, la première étape dans le processus serait de normaliser les services des CLSC, c'est-à-dire de consolider la première ligne, avant de penser à développer davantage et d'instaurer la deuxième ligne. Cependant l'inquiétude du comité est de savoir si les moyens nécessaires à une telle standardisation seront disponibles.

Un autre souci du comité est de savoir si les organismes communautaires pourront offrir davantage de traitements spécialisés, en particulier pour la clientèle qui présente une comorbidité et pour celle « échaudée » par les institutions. Si on propose une « banque » de différents services de première ligne, ces organismes communautaires devraient y être inclus.

Modèle C - Modèle de développement

Les services dans les CLSC pourraient être développés et standardisés.

Dans un contexte où des ajouts de ressources ou de services seraient possibles, les éléments suivants seraient à prioriser :

- Avoir, dans tous les milieux où l'on retrouve des jeunes, des intervenants qui s'occupent du dépistage et du premier niveau d'intervention pour les troubles anxieux et les problèmes d'anxiété en général;
- Toujours dans le but de favoriser une intervention rapide pour empêcher la chronicité des problèmes, la 1re ligne devrait recevoir le jeune au moment où il le désire et à un endroit facilement accessible. Le déplacement des intervenants vers les milieux des jeunes est privilégié.

✓ Formation

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a développé des services de deuxième ligne pour la problématique des troubles anxieux. La mise en place d'une troisième ligne dans certains programmes fait partie de la planification stratégique 2002-2005 du département de psychiatrie. Cette équipe pourrait dispenser la formation.

Pour les autres organismes qui ont une clientèle présentant des problèmes de santé mentale, comme les Carrefours Jeunesse-Emploi, les maisons de jeunes, etc., ce sont eux qui sont visés par le volet information/sensibilisation.

✓ Conclusion et recommandations

- Attribuer un mandat aux CLSC, pour un volet santé mentale/jeunesse, en partenariat avec les médecins et les psychiatres;
- Identifier, dans chacun des milieux, une personne-clé, ou personne pivot, pour favoriser la liaison et les discussions de cas;
- Pour la population 14-18 ans : assurer le lien entre les services de 1re ligne et les services plus spécialisés par l'implication de l'intervenant auprès des services de pédopsychiatrie ou des autres services spécialisés;
- Demander à l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal de poursuivre une démarche de standardisation, face à l'ensemble des mandats et partenaires, et notamment de voir à ce que les services – sans hébergement – des centres d'intervention de crise soient accessibles à partir de 14 ans;
- Promouvoir que l'intervention se déplace vers le milieu pour mieux rejoindre les jeunes;
- Offrir une formation de l'approche TCC, adaptée à la clientèle jeune;
- Favoriser la contribution des ressources alternatives.

ANNEXE 4 - SOUS-RÉGION CENTRE-OUEST

Le sous-région Centre-Ouest a une histoire de travail en réseau. Avec le grand nombre d'hôpitaux généraux et de cliniques privées dans la sous-région, le défi dans l'organisation des services reste à rendre les services de traitement accessibles et à améliorer la communication entre les partenaires du réseau.

✓ Inventaire des ressources[19]

Il importe d'abord de préciser que les données présentées ici se rapportent à la période allant de décembre 2000 à décembre 2001, période durant laquelle a été effectuée la collecte des données. En ce qui concerne les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de troubles anxieux dans la sous-région Centre-Ouest, on note la présence de services de premier et deuxième niveaux, mais aucun service spécialisé de troisième niveau pour les jeunes avec troubles anxieux.

Les intervenants directement accessibles aux jeunes sont des médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et les cabinets privés, les intervenants des CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues en pratique privée et les équipes des services aux étudiants des collèges et universités.

Les intervenants accessibles par référence seulement sont ceux des centres hospitaliers du territoire, soit l'Hôpital Royal-Victoria, l'Institut Allan Memorial, le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital général juif, L'hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine.

Les services offerts sont l'évaluation psychiatrique et la pharmacothérapie, l'évaluation psychologique, la psychothérapie individuelle et de groupe. Pour les services en pédopsychiatrie, la population francophone est desservie par l'Hôpital Sainte-Justine, alors que la population anglophone l'est par quatre hôpitaux différents selon le territoire de CLSC.

La sous-région de Centre-Ouest se distingue des autres régions par le nombre d'établissements d'enseignement et par le fait que la plupart d'entre eux offrent une gamme de services complets pour la clientèle étudiante. On retrouve le cégep Dawson, l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Concordia. Ces établissements scolaires offrent différents services de psychothérapie, d'intervention individuelle et médicale, d'orientation professionnelle, de counselling (conseil) et de santé.

Un autre facteur différencie cette sous-région : le grand nombre de cliniques et cliniciens privés disponibles pour qui a la capacité de payer.

Enfin, tous les CLSC de la sous-région offrent présentement les premier et deuxième niveaux de traitement.

---

[19] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Centre-Ouest, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.

- ***Membres du comité***

Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel :

- M[me] Diane Bidégaré, Centre Dollard-Cormier
- M[me] Miriam Byers, CLSC Métro
- M[me] Gillian Bowman, Collège Vanier
- M. Hugues Laforce*, TRACOM
- Dre Suzanne Lamarre*, Centre hospitalier de St. Mary
- M[me] Marion Murphy, Collège Dawson
- Dre Johanne Renaud, Hôpital Sainte-Justine
- Dr Mark Roper, Département régional de médecine générale (DRMG), Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal
- M. Yves Séguin, CLSC Parc Extension
- M[me] Mindy Selinger, Concordia Health Services
- M[me] Joanne Shiller, CLSC René-Cassin
- M[me] Hélène Trifiro, Université de Montréal
- M[me] Kristine Vitez, CLSC Côte-des-Neiges
- Dr Klaus Mindy, L'hôpital de Montréal pour enfants

**Représentants nommés par la Table de concertation en santé mentale de Centre-Ouest*

✓ Modèles d'organisation de services

Le comité souligne que le besoin immédiat de la sous-région n'est pas de créer de nouveaux services, mais bien de rendre les services déjà implantés davantage accessibles. Notamment en ce qui concerne le nombre élevé de cliniques privées, il faudrait explorer des façons de rendre ces services accessibles pour toute la population, en particulier pour les personnes à faible revenu. L'autre problème dans la sous-région est principalement un manque de communication entre les intervenants eux-mêmes et entre les intervenants et la clientèle. Ce manque de communication se traduit dans le besoin de développer les connaisances sur les pratiques dans un réseau intégré.

Certains CLSC offrent de plus en plus des thérapies de groupe pour les adultes avec des troubles anxieux. Le comité propose de mettre en place davantage de services spécialisés dans la sous-région. Une idée de services à mettre en place, et à standardiser, serait d'instaurer des groupes dans les CLSC. Le CLSC Côte-des-Neiges a déjà des groupes de thérapie cognitive pour les troubles dépressifs et anxieux. Pour avoir accès à ces groupes, il faut une référence d'intervenants à l'interne. Les groupes sont suivis par des travailleuses sociales et des psychologues. Ils s'offrent en anglais et en français et sont d'une durée de 14 semaines.

Modèle A – Modèle idéal (voir Figure 5)

Le comité a rejeté l'idée de se pencher sur trois modèles. Le modèle idéal représente aussi le modèle réaliste tout en incluant le modèle de développement. Il semblait primordial de savoir comment avoir une approche de réseau intégré dans le milieu et d'évaluer d'une façon qualitative le travail qui se fait déjà avant de mettre en place de nouveaux services ou d'effectuer une restructuration des services. Le comité voulait donc attendre la présence du clinicien intégrateur et continuer le travail amorcé avec le réseau, avec la présence de la santé publique et des personnes de liaison en provenance du milieu. Par la suite, une deuxième étape de formation pourrait être amorcée, permettant de privilégier certains lieux de traitement.

Les facteurs à travailler présentement sont les conditions d'accès aux services et l'intégration de ces services plutôt qu'un organigramme. Par contre, il a été mentionné que certains services pourraient être mis sur pied et standardisés, comme les groupes de thérapie en CLSC. De plus, une prochaine étape serait certainement de rendre accessibles les cliniques privées.

Dans le système actuel, les liaisons internes dans les établissements sont quasi inexistantes, d'où l'importance pour un modèle réaliste d'équiper le réseau de personnes intégratrices. Il faut des personnes liaison nommées pour chaque organisme.

Il faut s'inspirer de l'expérience des centres jeunesse dans certains territoires de la région avec leur Projet d'intervention concerté (PIC) qui a réussi à orchestrer un réseau de services intégrés autour des jeunes à haut risque de suicide[11].

Le processus aurait besoin d'un opérateur/leader, une personne désignée que l'on peut rejoindre facilement pour l'intégration des services. C'est au milieu à décider qui sera cette personne : le comité souligne l'importance que ce soit un clinicien qui assume le rôle. Dans le système actuel, les liaisons internes sont quasi inexistantes, d'où l'importance pour un modèle réaliste d'équiper le réseau de personnes intégratrices. La notion de clinicien intrégrateur est donc à la base du modèle. Les clients doivent être présentés par ce clinicien intégrateur avant de rencontrer un autre professionnel. Le modèle doit être fluide et démontrer une accessibilité et un enrichissement pour les personnes. La première étape serait donc de trouver cette personne pivot, ce clinicien intégrateur.

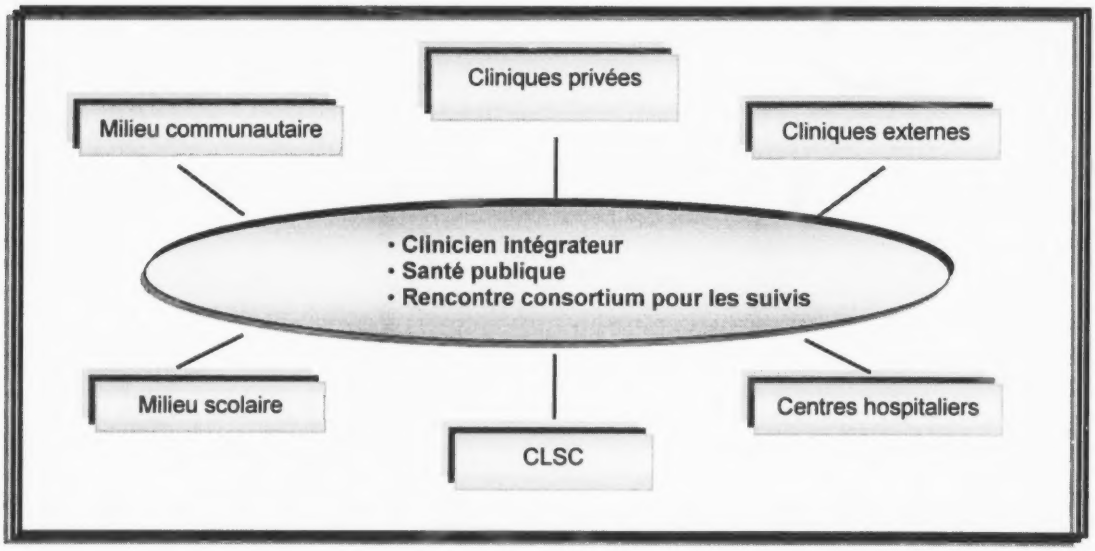
Le comité propose que ce soit l'Agence qui assume ce rôle dans les premiers temps. Ensuite, une deuxième étape de formation des connaissances pourra être développée, permettant de privilégier certains lieux de traitement.

De plus, il est primordial d'évaluer ce qui se fait déjà. On ne peut plus se permettre de faire du travail sans l'évaluer ni sans savoir si les ressources sont mises au bon endroit. Les services sont là, il faut travailler à les rendre efficaces. Il s'agit alors d'évaluer ce qui se fait dans les écoles et dans les CLSC, d'évaluer si l'approche cognitivo-comportementale est vraiment le traitement approprié pour certains cas qui ne répondent pas aux offres de services trop structurées. L'évaluation qualitative et la cueillette de renseignements et de commentaires concernant le fonctionnement et les améliorations à apporter doivent relever d'une personne désignée.

---

[11] Centre jeunesse de Montréal, Hôpital Sainte-Justice, Suicide Action Montréal, *Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal*

Figure 5 : ***Modèle idéal et réaliste de l'organisation des services de traitement des troubles anxieux dans la sous-région Centre-Ouest***



✓ Formation

La formation doit porter autant, sinon davantage, sur comment intégrer les services et les évaluer, que sur les connaissances liées au traitement.

La formation devrait se donner à tous les niveaux. Il faut préciser, dans la formation, quelles sont les portes de sorties et comment y accéder rapidement.

✓ Sensibilisation

Les membres n'ont pas eu le temps de discuter spécifiquement de ce sujet. Toutefois, certaines personnes du comité soutiennent qu'une bonne «hygiène» de la santé mentale commence avec un volet de prévention pour la jeunesse, en collaboration avec la santé publique. La sensibilisation doit aller jusqu'à l'intégration des habiletés dans les familles, une promotion de la santé mentale qui a davantage trait aux conditions de vie, ce qui ne relève pas des mandats des centres hospitaliers. On ne doit pas cibler seulement la maladie et l'intervention reliée.

Dans les services offerts pour les troubles anxieux, il devrait y avoir, en plus de la détection des problèmes, un volet sur les conditions de santé. Le curatif doit toujours être intégré dans un contexte préventif. De plus, cette promotion devra se faire également à l'intérieur du système puisque la structure actuelle reflète parfois du désespoir et peut même aller jusqu'à provoquer de l'anxiété. Le système doit enseigner l'autonomie vue comme une interdépendance plutôt qu'une indépendance. La demande d'aide est le début de l'autonomie.

✓ Conclusion

La sous-région du Centre-Ouest a plusieurs ressources disponibles dans le secteur universitaire et le secteur privé. Les milieux universitaires ont développé par défaut des services de premier et deuxième niveaux, mais les services spécialisés de troisième niveau ne sont pas disponibles dans le secteur à moins d'avoir la capacité de les payer.

Les établissements ne travaillent pas avec une approche intégrante, et la notion de liaison interne dans les organismes est souvent inexistante. Un modèle d'organisation de services devrait assurer l'accessibilité aux ressources privées et le développement d'une pratique qui favorise une approche intégrée.

✓ Recommandations

À la suite de cette conclusion, le sous-comité recommande que :

- L'Agence de Montréal explore les moyens de rendre les services spécialisés privés accessibles à la population;
- L'Agence de Montréal assure la mise en place d'un opérateur/leader pour faciliter l'intégration des services dans la région;
- Avant de privilégier certains lieux de traitements, il faut planifier la formation des intervenants;
- La sensibilisation doit être plus particulièrement orientée sur la promotion de la santé mentale familiale plutôt que sur la prévention de la maladie individuelle;
- L'Agence de Montréal doit mettre en place une formation qui vise le développement des capacités cliniques dans les réseaux de services intégrés.

ANNEXE 5 - SOUS-RÉGION EST

✓ Inventaire des ressources[12]

D'abord, il importe de préciser que les données présentées ici se rapportent à la période allant de décembre 2000 à décembre 2001, période durant laquelle a été effectuée la collecte des données. Concernant les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de troubles anxieux dans la sous-région Est, on note la présence de services de première, deuxième et troisième lignes.

Les intervenants directement accessibles aux jeunes sont les médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et les cabinets privés, les intervenants des CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues et les travailleurs sociaux en pratique privée et les équipes des services aux étudiants des collèges. Ils offrent la gamme suivante de services :

- Volet médical : évaluation, pharmacothérapie, thérapie de soutien et thérapie cognitivo-comportementale (TCC),
- Volet psychosocial : évaluation/référence, évaluation psychologique ou psychosociale, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, suivi psychosocial et intervention de crise.

Les intervenants seulement accessibles par référence sont ceux des centres hospitaliers du territoire, soit l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine. Les services de deuxième et troisième lignes offerts sont l'évaluation psychiatrique et la pharmacothérapie, l'évaluation psychologique, la psychothérapie individuelle et de groupe. Certains de ces hôpitaux possèdent des cliniques spécialisées pour les troubles anxieux ou en intervention cognitivo-comportementale. Mentionnons que, pour les services en pédopsychiatrie, différents hôpitaux ont été désignés pour donner les services, et ce, en fonction du CLSC de résidence et de la langue d'usage du jeune. Ainsi, la population anglophone de l'Est est desservie par l'Hôpital Royal-Victoria alors que la population francophone l'est par deux hôpitaux selon les territoires de CLSC.

En ce qui concerne les organismes communautaires localisés dans la sous-région Est, un centre de crise et trois groupes d'entraide offrent certains services pour les jeunes souffrant de troubles anxieux.

Le Centre de crise l'Entremise offre un ensemble de services (évaluation, intervention de crise, hébergement temporaire, suivi, réinsertion, références) aux adultes de 18 ans et plus, en état de détresse psychologique ou en situation de crise qui ont un domicile connu dans la sous-région Est ou qui sont suivis par une ressource de la sous-région. Il n'offre pas comme tel des services de psychothérapies individuelles pour le traitement de troubles anxieux.

Enfin, la Clé des champs, G.E.M.E. et Phobies-Zéro sont d'abord et avant tout des organismes d'information, de références et de soutien aux personnes aux prises avec des troubles anxieux. À ce titre, la Clé des Champs organise des groupes d'entraide sur le territoire du CLSC Rosemont; G.E.M.E. en organise au CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est et Phobies-Zéro, sur le territoire du CLSC Saint-Léonard.

---

[12] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Est, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, août 2002.

- ***Membres du comité***

Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel :

- M^me^ Clémence Aubut, CLSC Rivière-des-Prairies
- Dr Michel Bichai, Département régional de médecine générale
- M. Martin Bourque, Centre de crise l'Entremise
- M. Michel Caouette, Hôpital Rivière-des-Prairies
- M^me^ Marie-Andrée D'aragon, CLSC Mercier-Est/Anjou
- M^me^ Lyne Dumoulin, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- M^me^ Johanne Filion*, Centre de crise l'Entremise
- M^me^ Johanne Fournier, G.E.M.E.
- M^me^ Danièle Girard*, CLSC Olivier-Guimond
- M^me^ France Goyette*, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- M^me^ Manon Isabel*, Hôpital Rivière-des-Prairies
- M^me^ Sophie Lapointe, Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île
- M^me^ Johanne Lebel, Commision scolaire de Montréal
- M^me^ Andrée LeBlanc, Centre jeunesse de Montréal
- M^me^ Monique Paul*, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- M^me^ Isabelle Provencher, Carrefour Jeunesse-Emploi Mercier
- M^me^ Sylvie Tremblay, Cégep Marie-Victorin
- M. Luc Vignault*, citoyen

**Représentants nommés par la Table de concertation en santé mentale de l'Est*

Dans la sous-région Est, des services de deuxième et troisième lignes sont offerts par trois ressources principales, soit l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Plus spécifiquement, il s'agit de la Clinique des troubles anxieux (Département de psychiatrie adulte) et des cliniques externes (Service de pédopsychiatrie) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de la Clinique en intervention cognitivo-comportementale de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, et des cliniques externes (Département de pédopsychiatrie) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Les services aux adultes sont disponibles à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à la Clinique en intervention cognitivo-comportementale (CICC) de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine. Tous les services sont gratuits.

En ce qui concerne les services offerts aux jeunes de moins de 18 ans, ils sont disponibles aux cliniques externes des départements de pédopsychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Des services médicaux psychiatriques y sont offerts pour tous les troubles anxieux.

Dans la sous-région Est, on retrouve les cégeps Rosemont et Maisonneuve. Le cégep Marie-Victorin, selon la sectorisation en santé mentale, fait partie en principe de la région Nord mais, en pratique, travaille en étroite collaboration avec le secteur Est. Ces établissements scolaires offrent différents services de psychothérapies, d'interventions individuelles et d'orientation professionnelle.

Les processus de référence entre les différents partenaires sont actifs dans la sous-région Est mais varient selon le territoire de CLSC. On assure généralement le suivi des jeunes référés. On note la présence de différentes formes d'ententes formelles et informelles et d'une foule de modalités de collaboration moins formelles entre les différents partenaires du milieu.

De façon générale, le degré de satisfaction face à ces modalités est plutôt bas car plusieurs intervenants déplorent les délais d'attente beaucoup trop longs pour les services en deuxième ligne, les problèmes d'accessibilité aux services, le manque de ressources, le manque de concertation et de liaison et le manque de suivi avec les médecins.

✓ Modèles d'organisation de services

Bien que le comité se soit tout d'abord penché sur un modèle organisationnel de services, les membres sont finalement arrivés à la conclusion que leur sous-région comporte une gamme de services acceptable et que le besoin est surtout l'intégration de ces services. En ce sens, le comité a mis moins d'emphase sur l'idée d'élaborer un organigramme représentant le modèle organisationnel idéal et s'est centré sur les discussions autour de l'organisation des services. Il s'est penché sur un modèle de liaison et consultation, ce qui représente pour eux le modèle de demain – modèle B. Cependant, pour en arriver à ce modèle, il y a eu tout de même un besoin d'élaborer une structure de services «idéaux» que nous présenterons plus loin (voir Figure 6).

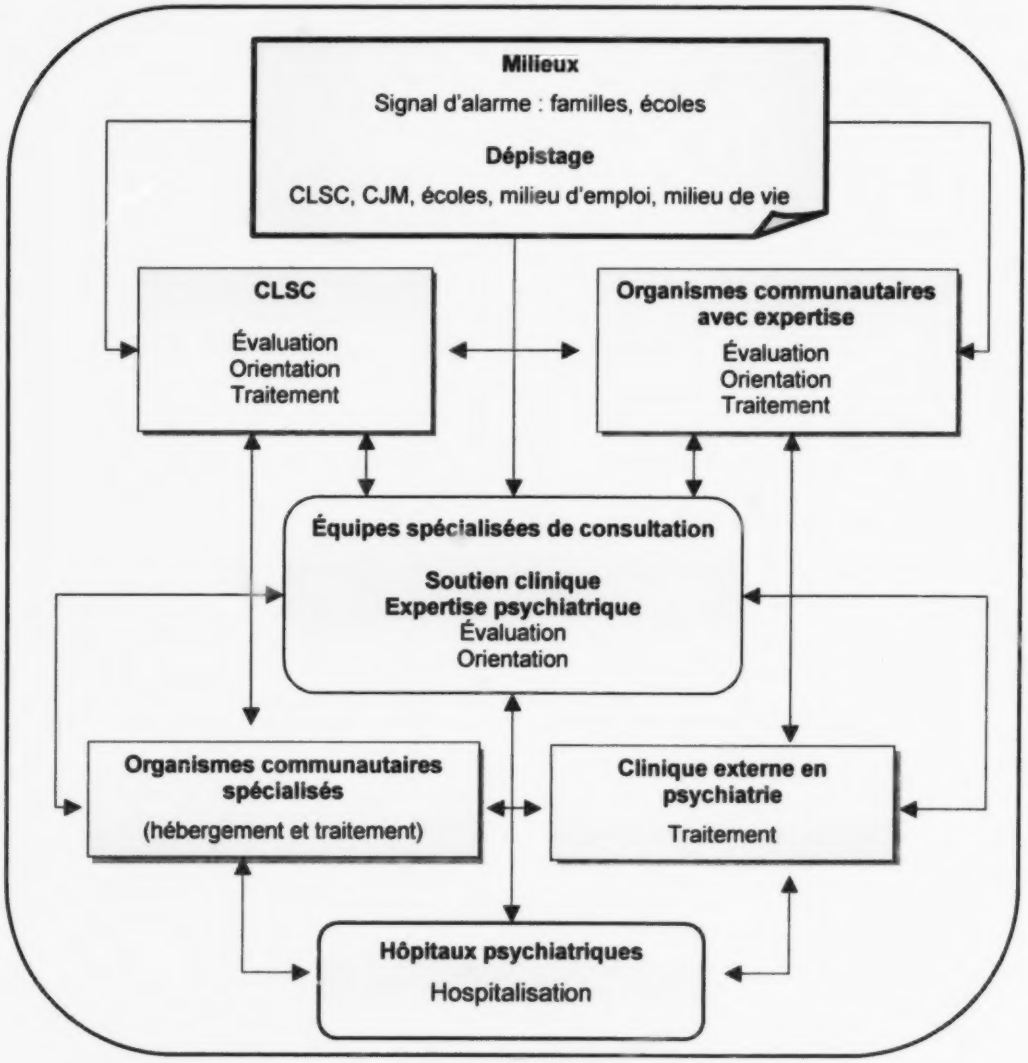
Modèle B - Modèle réaliste

Une équipe de consultation facilement accessible est donc souhaitée. Elle aurait pour mandat d'apporter un soutien clinique aux intervenants dans la communauté ainsi qu'un partage de l'information de pointe. Cette équipe, sans en faire un absolu, pourrait être mobile au besoin. Ce qui importe, c'est que cette équipe fasse preuve de souplesse pour rejoindre tous les niveaux de la communauté.

Il est donc proposé de créer un comité de spécialistes dans la sous-région, qui formerait un réseau de consultation et de soutien clinique. Des répondants de chaque organisme pourraient y être affiliés, formant ainsi une équipe éclectique. Cette équipe serait davantage un lieu d'échange qu'un lieu physique de services. Les personnes-liaison, répondants de chaque organisme, se devraient d'être des cliniciens et non des répondants administratifs. Une telle équipe devra demeurer une mesure d'exception afin d'éviter une sur-utilisation. L'équipe de soutien serait un filet de sécurité, une aide à gérer les risques, mais ne doit pas devenir un pilotage automatique.

Ce réseau de consultation permettrait de diriger les intervenants plus rapidement vers les services adéquats et ainsi d'éviter de passer par plusieurs services avant de trouver le bon. L'installation de mécanismes de référence serait facilitée et les besoins de formation plus facilement identifiables. La consultation mènerait ensuite à une deuxième étape de consolidation des services. En vue de cette deuxième étape, nous présentons tout de même ci-dessous un organigramme qui était le résultat des réflexions des premières rencontres.

Figure 6 : Modèle idéal d'organisation des services de traitements des troubles anxieux pour la sous-région Est



Modèle C - Modèle de développement

Outre l'idée de la structure répondante, le comité souligne que la sous-région pourrait également bonifier les structures cliniques spécialisées pour les jeunes, en particulier les cliniques de pédopsychiatrie. Certaines structures, comme les CLSC, gagneraient également à standardiser leurs services. Le comité était d'accord pour dire que l'organisation des services gagnerait à mettre l'accent sur une approche sous-régionale.

✓ Formation

En ce qui concerne la formation sur les troubles anxieux, on peut se référer aux types de formation que donnent certains organismes. Par exemple, Suicide-Action Montréal offre une formation à deux niveaux : une formation de base pour reconnaître le problème et une formation plus axée sur l'intervention auprès des personnes suicidaires. Il pourrait y avoir trois niveaux de formation/sensibilisation pour les troubles anxieux :

- Qu'est-ce qu'un trouble anxieux?
- Comment dépister/orienter?
- Comment traiter?

La formation pourrait également être inspirée par l'expérience de l'Agence de la Montérégie qui a déjà développé une formation en santé mentale pour le réseau scolaire.

La composante formation se trouve déjà intégrée en partie dans le modèle idéal. L'idée d'une équipe des répondants de chacun des organismes et établissements, spécialisés auprès de cette clientèle, se base sur un partage des expertises. Des rencontres assidues devraient permettre en quelque sorte une formation continue. La discussion de cas et le soutien des milieux dans leur travail permettront déjà aux organismes d'améliorer ou d'ajuster leur intervention. Cependant, certains organismes gagneraient à avoir une formation de base pour le dépistage et d'autres, pour un traitement plus spécialisé. Un point qui semble important dans la formation est l'identification des problèmes d'anxiété. Ce ne sont pas tous les organismes qui deviendront des spécialistes des troubles anxieux, mais il y aurait moyen de les outiller davantage pour le dépistage/évaluation.

Il serait pertinent que les formateurs soient des personnes faisant partie du réseau de santé de l'Est, ce qui permettrait en plus de peaufiner les liens. Également, il serait intéressant de rechercher des cliniques qui diffuseraient de l'information, par exemple les dernières recherches, dans un langage vulgarisé. Les recherches et le partage des connaissances devraient être davantage intégrés.

✓ Sensibilisation

Il serait pertinent de passer par les chemins déjà existants avant de créer un réseau de sensibilisation parallèle. Par exemple, utiliser la rentrée scolaire et les services de soutien des écoles, les sites internet déjà mis sur pied comme Tel-jeunes et les activités qui obtiennent déjà du succès auprès des jeunes, comme l'improvisation.

Il serait aussi pertinent de travailler de pair avec la presse pour écrire une série d'articles sur l'anxiété, étalée sur une semaine.

✓ Conclusion

La sous-région Est comporte une gamme de services acceptable et le besoin est surtout l'intégration de ses services. La priorité se situe davantage sur le plan du soutien clinique et du partage des expertises. Avec une consultation accessible, les intervenants pourront diriger les jeunes vers les bons services.

Dans le cas où le soutien clinique et la consultation sont disponibles, cela permettrait de voir jusqu'où chaque organisme peut aller dans le traitement, de voir ainsi les limites et les manques dans le système. De plus, un service de soutien clinique permettrait de confirmer le travail fait ainsi que les rôles de chacun. La consultation mènerait ensuite à une deuxième étape de consolidation des services. On souligne qu'un tel travail de concertation faciliterait les liens de confiance entre les organismes et augmenterait la souplesse de chacun.

✓ Recommandations

- Assurer la disponibilité d'un comité de consultation spécialisé en troubles anxieux pour chaque territoire de la sous-région;
- Demander à chaque établissement et organisme de nommer une personne de liaison clinique;
- Mettre en place une structure de consultation clinique qui permettrait aux intervenants du milieu de venir chercher l'expertise pour le traitement des troubles anxieux;
- Assurer la mise en place d'une supervision clinique continue pour les troubles anxieux;
- Assurer, pour la formation, la présence des formateurs qui font partie du réseau de la santé de l'Est.

ANNEXE 6 - SOUS-RÉGION SUD-OUEST

✓ Inventaire des ressources[13]

D'abord concernant les services de traitement et d'entraide offerts aux jeunes qui souffrent de trouble anxieux dans la sous-région Sud-Ouest, on note la présence de services de première, deuxième et troisième lignes. Les intervenants directement accessibles aux jeunes sont les médecins omnipraticiens dans les cliniques médicales et dans les cabinets privés, les intervenants des CLSC, les intervenants des organismes communautaires en santé mentale, les psychologues en pratique privée et les équipes des services aux étudiants des collèges, du moins là où les services existent. Ils offrent la gamme suivante de services :

- Volet médical : évaluation, pharmacothérapie de soutien et thérapie cognitivo-comportementale;
- Volet psychosocial : évaluation/référence, évaluation psychologique ou psychosociale, psychothérapie individuelle et de groupe, suivi psychosocial, intervention de crise, et groupe d'entraide.

Les intervenants seulement accessibles par référence sont ceux de l'Hôpital Douglas. Les services de deuxième et troisième niveaux offerts sont l'évaluation psychiatrique et la pharmacothérapie, l'évaluation psychologique, la psychothérapie individuelle et de groupe. À la clinique externe du secteur Verdun de l'Hôpital Douglas, il existe une équipe spécialisée dans le traitement des troubles anxieux des adultes. Cette clinique est aussi un lieu de formation pour différentes institutions d'enseignement et elle offre une formation ponctuelle aux médecins omnipraticiens du secteur. Pour les services de pédopsychiatrie, différents hôpitaux ont été désignés pour donner les services, et ce, en fonction du CLSC de résidence et de la langue d'usage du jeune. Ainsi, la population francophone du Sud-Ouest est desservie par l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital Notre-Dame du CHUM et l'Hôpital Douglas alors que la population anglophone l'est par l'Hôpital Douglas, L'hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Royal-Victoria.

Malgré un manque de ressources, de meilleurs mécanismes de liaison entre les différents niveaux de services et une clarification du rôle de chacun amélioraient le système. Les processus de référence entre les différents partenaires sont assez actifs, mais varient selon le territoire de CLSC. On note la présence de différentes formes d'ententes formelles et informelles entre les différents partenaires, telles que :

- Entente formelle de services entre la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et l'Hôpital Douglas;
- Table de concertation en pédopsychiatrie entre l'Hôpital Douglas et les CLSC du Sud-Ouest pour les jeunes présentant des problèmes de santé mentale, incluant les troubles anxieux;
- Ententes de services entre le CLSC Saint-Henri et plusieurs partenaires (Hôpital Notre-Dame du CHUM, L'hôpital de Montréal pour enfants, en pedopsychiatrie, ententes avec le milieu scolaire, les centres jeunesse et le Centre Dollard-Cormier);
- Ententes formelles de référence entre le centre de crise et l'Hôpital Douglas;
- Ententes de référence entre le CLSC du Vieux La Chine et l'Hôpital Douglas.

---

[13] Brassard, Diane et Odette Lemoine, Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans – Sous-région Sud-Ouest, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, août 2002.

On a aussi développé diverses modalités de collaboration moins formelles entre différents partenaires du milieu. De façon générale, le degré de satisfaction face à ces modalités est relativement bon.

- ***Membres du comité***

  Personnes invitées au comité de diagnostic organisationnel

  - M^me^ Marie-Claude Barbeau, Commission scolaire Marguerite Bourgeoys
  - M^me^ Paule Baril, CLSC St-Henri
  - M. Gérard-D. Boulanger, CA/CLSC LaSalle
  - M^me^ Venise Calluzzo, CA/CLSC LaSalle
  - M^me^ Anita Cugliandro, Travail de rue – Action communautaire (T.R.A.C.)
  - M^me^ Manon Desjardins*, Hôpital Douglas
  - M^me^ Manon Duchesne, CLSC Verdun
  - M^me^ Francine Giroux*, Hôpital Douglas
  - M. Cory Johnson, Carrefour Jeunesse-Emploi Sud-Ouest
  - M. Edouard Kodsi, Réseau Ado
  - M^me^ Johane Lamer, Bureau de consultation jeunesse
  - M^me^ Sandra Larouche, Centre local d'emploi Ville-Émard
  - M^me^ Lorraine Leclaire, Commission scolaire Marguerite-Bourgeois
  - M^me^ Diane Mahoney, CLSC Vieux-La Chine
  - M^me^ Élise Poudrette, CLSC St-Henri
  - M^me^ Hélène Wilson, CLSC Vieux-La Chine

  * *Répresentantes nommées par la Table de concertation en santé mentale du Sud-Ouest.*

✓ Modèles d'organisation de services

En respectant l'importance de la perspective de prévention, le comité du Sud-Ouest a décidé d'élargir le critère d'âge et de considérer dans ses discussions les jeunes de 5 à 25 ans. Donc, le modèle proposé tient compte de cette décision mais n'est pas nécessairement adapté pour la population de 5 à 12 ans étant donné que cela impliquerait l'intégration d'un troisième réseau de services.

Puisque la population de la région du Sud-Ouest a très peu tendance à sortir de son secteur, un service accessible devrait comprendre une certaine mobilité et un « reaching out » pour la clientèle qui n'a pas tendance à consulter. Le traitement des troubles anxieux doit donc se faire en premier dans la communauté, en utilisant tous les acteurs. Un travail de mobilisation de la part des intervenants est indispensable.

Modèle A – Modèle idéal (voir Figure 7)

On précise tout d'abord qu'il y a plusieurs niveaux de traitement dans l'organisation des services. Il faut savoir distinguer les problématiques, par exemple la différence entre un problème de timidité et une phobie sociale. Chaque organisme fait un bout de « traitement » ou plutôt un bout d'intervention. Il s'agit de faire attention au terme « traitement », car sa connotation médicale peut faire peur. L'intervention se voit comme l'ensemble des étapes que vit le jeune à travers le réseau et qui ont pour but de traiter son problème, tandis que le traitement réfère davantage à la thérapie cognitivo-comportementale, en y ajoutant une approche psychosociale ou médicale au besoin. La question d'aujourd'hui est donc de savoir quels sont les lieux de traitement et leurs liens avec les autres lieux d'intervention, de dépistage et d'évaluation.

D'une façon simplifiée, on peut voir quatre niveaux clairs d'intervention dans l'organisation des services :

Premier niveau : Dépistage;

Deuxième niveau : Évaluation et début d'intervention, c'est-à-dire que les intervenants possèdent certains outils leur permettant de commencer une forme de traitement avec le jeune;

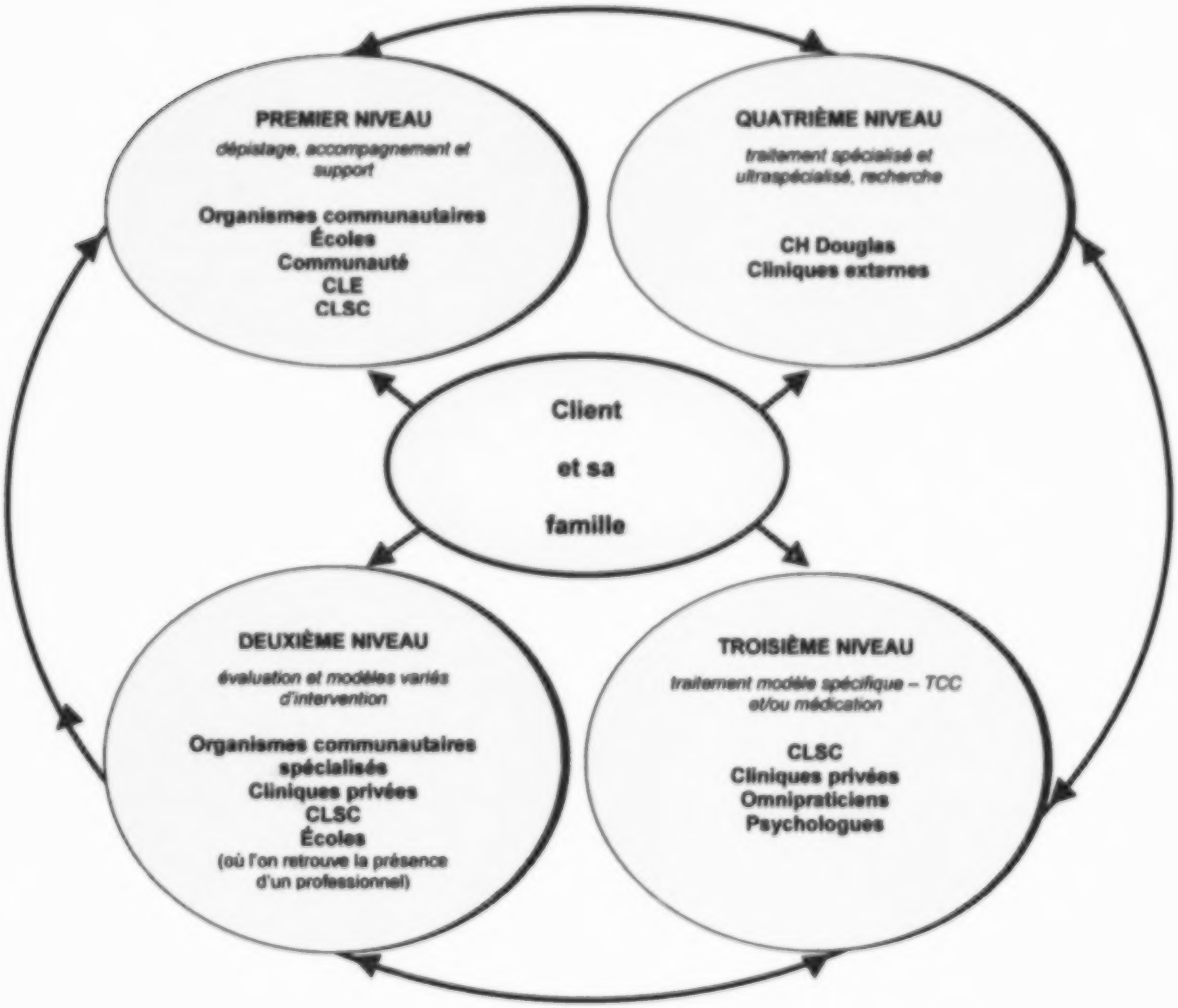
Troisième niveau : Traitement et prise en charge certaine; ces services devraient être standardisés;

Quatrième niveau : Traitement en psychiatrie pour les cas plus graves et résistants au traitement, qui dépassent ce que les services de 3e niveau peuvent offrir et les cas de comorbidité. Par exemple, un cas de phobie spécifique peut être doublé de troubles dépressifs et familiaux.

Les cas pourraient être dirigés vers l'équipe de secteur après voir essayé une thérapie cognitivo-comportementale. La clientèle doit passer par les cliniques externes avant d'aller vers les services ultraspécialisés. Toutes les personnes devraient avoir accès à des équipes de secteur. Les services à ce niveau devraient également être homogènes. Le soutien clinique sera important entre ces différentes étapes, mais qui pourra l'offrir ? Il y a un besoin important de consultation accessible. La clientèle peut tout d'abord être traitée dans différents lieux plus proches de son milieu de vie. Dans le diagnostic organisationnel, il faut se rappeler que l'expertise n'est pas associée à une profession, mais bien au type de services offerts. Ces différents niveaux de services sont tous aussi importants puisque le jeune retournera peut-être à des niveaux antérieurs après avoir suivi un traitement. Les services doivent donc être connus de tous et les liens entre eux doivent êtres maintenus.

Il faut être conscient qu'il y aura toujours des jeunes qui ne voudront pas aller vers les CLSC, comme d'autres qui ne veulent pas aller vers les organismes communautaires. Dans un réseau de services intégrés, les intervenants se doivent de connaître les chemins privilégiés des services et d'en informer le client, mais se doivent aussi d'accepter de travailler avec le client si celui-ci refuse le chemin suggéré. C'est le rôle des intervenants de travailler à « vendre » les services qu'ils considèrent appropriés pour le client. Dans le cas où un client refuserait le chemin suggéré, les intervenants devraient avoir accès à une consultation pour les aider à travailler malgré tout avec le client.

Figure 7 : Modèle idéal d'organisation des services de traitement des troubles anxieux dans la sous-région Sud-Ouest



Modèle B - Modèle réaliste

Il faut voir si l'Hôpital Douglas pourrait rendre disponible son équipe spécialisée afin d'implanter de thérapies de groupes dans la communauté. En ce moment, à l'Hôpital Douglas, les personnes souffrant d'un trouble anxieux doivent passer par l'équipe de secteur pour être admis à des services spécialisés et doivent obtenir une référence médicale pour aller vers les équipes de secteur. Il y aurait peut-être moyen de raccourcir le processus. Habituellement, les clients reçus en cliniques externes et qui, après évaluation, ne présentent pas de troubles anxieux sont référés à un niveau de « moindre intensité » de traitement.

Le comité propose de travailler dès demain à améliorer la synergie entre les équipes de secteur et les CLSC, pour mieux orienter les demandes. Par exemple, les personnes de liaison pourraient assister aux réunions d'équipe. Il faut avoir une personne qui assume le rôle de liaison dans chacun des organismes pour commencer à bâtir le réseau de demain.

Modèle C - Modèle de développement

Pour le modèle de développement, une première étape serait de sensibiliser les partenaires et de les informer de la formation à venir.

Le comité ne souhaite pas que la priorité de développement soit d'engager de nouvelles personnes formées pour les troubles anxieux dans les organismes communautaires, puisque ces organismes représentent davantage un soutien au traitement. La priorité de développement serait donc là où sera le traitement, en l'occurrence les CLSC, puisqu'ils ont été désignés dans notre modèle idéal. Les CLSC pourront installer des services pour la clientèle des troubles anxieux et également pour créer une liaison avec les organismes communautaires, entre autres en ajoutant une certaine mobilité à leurs services.

Donc la priorité irait premièrement au développement des services en CLSC et aussi à l'alimentation des liens entre les CLSC et les autres organismes, peut-être en s'assurant qu'il y ait toujours au moins une personne connaissant ce chemin et qui soit en lien avec le CLSC.

Ensuite, le développement des services, par secteur de CLSC, pourrait aller vers la sensibilisation et le dépistage dans les organismes, en ajoutant peut-être un début d'intervention. Il faut imaginer un modèle flexible où un maximum de gens se mobiliseraient pour offrir des services intégrés.

Pour les cas plus graves, comme les cas de comorbidité, des services plus spécialisés devraient être mis en place dans les cliniques de secteur et dans les hôpitaux. Ces derniers ont aussi la responsabilité de diriger vers d'autres services de niveau «inférieur» quand les cas sont trop «légers» pour leurs services. Dans les faits, cela ne se fait pas toujours. Là encore, les liens entre les centres hospitaliers, les cliniques et les CLSC sont importants pour se consulter sur la délimitation de la complexité des cas. Mettre des balises claires est parfois insuffisant, souvent on se retrouve à faire du cas par cas. La consultation avec d'autres services est importante avant d'envoyer le jeune d'une place à l'autre. Les intervenants doivent se parler avant que le jeune arrive.

✓ Formation

Il y a dans le réseau actuel une absence de connaissances et une méconnaissance de ce qu'est un trouble anxieux. L'objectif premier serait donc de développer un langage commun et d'enrichir les connaissances des intervenants, en particulier en ce qui concerne le dépistage. La formation de premier niveau devrait également être accessible aux professionnels des écoles primaires, puisqu'on souhaite étendre, dans la sous-région, le plan d'action jusqu'au 5 à 12 ans. Les modèles d'évaluation et d'intervention paraissent similaires pour les deux tranches d'âge.

Afin de favoriser un modèle de réseau intégré, il est important de construire une base commune pour les intervenants du réseau, notamment par la formation.

L'important, c'est que ça ne soit pas les CLSC qui prennent le leadership. Le comité souhaite plutôt une forme de plan d'action qui impliquerait un rassemblement de la part de tous les organismes, en commençant par un premier niveau de formation sur le dépistage. Le plan d'action représenterait donc une mobilisation généralisée à l'ensemble du secteur, qui donnerait le goût aux organismes de s'impliquer plus loin, vers d'autres niveaux de soins. La formation se devra d'être accessible, bilingue et dans un langage à la portée de tous.

Il existe déjà beaucoup de tables de concertation et d'autres programmes parallèles. Il y aurait lieu de prendre le réseau déjà existant et d'aller chercher les partenaires manquants. La formation devra entretenir des liens avec les tables de concertation de santé mentale adultes et les tables jeunesse.

L'Hôpital Douglas offre un nouveau service de formation, dont une formation conjointe avec les CLSC et les organismes communautaires, qui pourrait soutenir une formation pour les troubles anxieux.

Depuis longtemps, les CLSC demandent à obtenir de la formation de l'Hôpital Douglas. Pourtant, puisque les milieux psychiatriques ont une approche centrée sur le volet médical, il est plutôt souhaité que la formtion projette une approche plus diversifiée et adaptable à tous les organismes du moins en ce qui concerne la formation de premier niveau. En ce sens, la formation devrait être donnée par une entité plus « neutre », comme les milieux universitaires, par exemple.

✓ Sensibilisation

Considérant que ce ne sont pas tous les jeunes qui répondront au traitement, il est important d'offrir des alternatives. Le système doit être en mesure d'offrir plusieurs types de réponses. De plus, la campagne ne doit pas donner l'idée que le système fera tout le chemin pour le client : il y a lieu de favoriser également l'autotraitement dans la campagne de sensibilisation.

Le comité propose de cibler les lieux où se retrouvent les jeunes, en utilisant divers outils interactifs :

- CD-ROM;
- Clips télévisés;
- Dépliants;
- Pièces de théâtre;
- Périodiques.

Ces outils devraient être accompagnés d'une liste de services auxquels les jeunes peuvent se référer, par exemple les lignes téléphoniques. À ce sujet, la ligne Info-santé, les centres de crise et Tel-jeunes devraient être en mesure de prendre les appels et de recevoir une formation afin de diriger correctement le jeune.

La sensibilisation devrait aborder les troubles anxieux davantage par le côté positif des modes de vie plutôt que par le côté négatif, c'est-à-dire de mettre l'accent sur les facteurs de protection plutôt que sur les facteurs de risque. Par exemple, promouvoir que l'évitement augmente l'anxiété serait déjà bien. Il s'agit d'amener le jeune à regarder la vie autrement, d'effectuer un changement de paradigme et de remettre en question certaines croyances.

✓ Conclusion

La population de la région du Sud-Ouest a très peu tendance à sortir de son quartier. Les services accessibles devraient tenir compte de cette réalité. Les organismes et établissements de la sous-région ont développé plusieurs ententes de services entre eux. Malgré la forte tendance des ententes formelles, la notion de la liaison clinique dans certains territoires a besoin d'être plus développée.

✓ Recommandations

- Mettre en place un modèle de service permettant une certaine mobilité et une composante de « reaching out » pour la clientèle qui ne consulte pas;
- Les CLSC de la sous-région Sud-Ouest devraient offrir un premier niveau de traitement, soit l'évaluation et la thérapie cognitivo-comportementale, en individuel ou de groupe, avec ou sans médication;
- Jumeler les CLSC et ensuite peut-être offrir des groupes en rotation dans différents CLSC, tout en portant attention à la disposition géographique;
- Explorer la possibilité que les CLSC puissent donc étendre les cliniques jeunesse comme structure pour offrir les traitements;
- Pour améliorer les services immédiatement, il faut une personne qui assume le rôle de liaison dans chacun des organismes et établissements;
- Il faut demander à l'Hôpital Douglas de rendre accessibles leurs services spécialisés aux organismes et établissements de la sous-région.

ANNEXE 7 - CANEVAS DE RÉFLEXION - DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL SOUS-RÉGIONAL

Dans chacune des six sous-régions de Montréal, un comité doit se pencher sur l'organisation des services aux jeunes souffrant de troubles anxieux sur leur territoire. Pour aider les membres de ces comités à identifier les problèmes et à commencer à élaborer des solutions, nous avons conçu un canevas de réflexion. Il est d'abord fait de déclarations de principe que les membres pourront discuter au besoin de manière à arriver à une vision commune. Il présente ensuite des questions formulées dans le but de soulever différents aspects à discuter. Ce canevas, qui ne prétend pas être complet ni nécessairement adapté à tous les besoins, a pour but d'orienter la réflexion et les discussions devant mener au plan d'organisation des services.

✓ Introduction

Déclaration de principe

- L'objectif ultime de la démarche est de réduire l'incidence (nouveaux cas) et la prévalence (ensemble des personnes atteintes) des troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 25 ans dans la sous-région;
- Le réseau de services publics, privés et communautaires, étant l'un des déterminants de la santé de la population, a un rôle important dans ce contexte. Une gamme de services doit être disponible, diversifiée, accessible, bien coordonnée et de qualité. Pour ce faire, les différentes ressources devront travailler en concertation;
- La prévention, le dépistage, la référence et le traitement représentent la gamme de services nécessaires.

✓ Le traitement

Le comité régional, qui devait définir les objectifs et les cibles de la campagne de sensibilisation, avait jugé nécessaire qu'une évaluation de la capacité d'accueil du réseau des services de santé soit effectuée avant de lancer les activités de sensibilisation. C'est pour répondre à cette préoccupation que l'inventaire des ressources a été effectué et que les services de traitement occupent une place centrale dans la démarche.

Déclaration de principe

- Les experts sont d'avis que la plupart des jeunes souffrant de troubles anxieux peuvent être traités dans les services de première ligne à la condition que les intervenants aient une formation adéquate. Un accès à des conseils ou à une supervision de la part des services de deuxième ligne peut faciliter et soutenir le travail des intervenants de la première ligne et améliorer la qualité des services ainsi offerts. Les cas plus complexes (comorbidité, risque suicidaire, persistance du trouble, etc.) peuvent nécessiter une intervention plus spécialisée (clinique externe de psychiatrie, psychiatre, clinique spécialisée dans les troubles anxieux, hospitalisation);

- Selon le consensus des experts par rapport au traitement des troubles anxieux chez les jeunes, il existe deux grandes approches dont l'efficacité a été démontrée : le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Toutefois, d'autres approches peuvent également être valables même si leur efficacité n'a pas été démontrée. Il existe également des formes de traitement complémentaires ou alternatives comme le groupe d'entraide.

Questions de discussion :

- Quels intervenants ou ressources de la sous-région devraient s'occuper du traitement des jeunes souffrant de troubles anxieux ?
- Votre sous-région dispose-t-elle des ressources nécessaires pour traiter ces jeunes ?
- Sont-elles suffisantes ?
- Sont-elles diversifiées ?
- Sont-elles accessibles géographiquement, culturellement et financièrement?

✓ La référence

Pour favoriser le traitement, il est essentiel que des liens fonctionnels soient établis entre les différentes ressources impliquées. Les corridors de liaison et de référence doivent donc être clairement définis.

Déclaration de principe

- Pour bien diriger, il faut d'abord bien évaluer et ensuite connaître les ressources disponibles;
- Il existe plusieurs types de référence, par exemple :
  1) pour une évaluation lorsque la conduite à tenir n'est pas évidente;
  2) pour un programme de prévention;
  3) pour une prise en charge médicale (traitement pharmacologique);
  4) pour une psychothérapie;
  5) pour un groupe d'entraide;
  6) pour une prise en charge spécialisée parce que le cas est complexe;
- L'intervenant qui initie la référence est responsable du jeune aussi longtemps que nécessaire i.e. tant que le jeune a besoin de services ou qu'on n'est pas assuré qu'un autre intervenant le prenne en charge;
- La référence peut être temporaire (demande d'évaluation) ou définitive (transfert à un autre intervenant). Elle peut aussi être partielle dans le sens où l'intervenant qui a initié la référence va continuer à fournir certains soins. Enfin, elle peut être multiple dans le sens où le jeune peut être référé à plus d'un type de ressources;
- Plusieurs types d'intervenants et de ressources seront impliqués dans la question de la référence;
- La référence est donc un processus complexe nécessitant que les rôles de chacun soient clairs. Des ententes de collaboration peuvent faciliter le travail de référence.

Questions de discussion :

- Les ressources pouvant venir en aide aux jeunes de la sous-région qui souffrent de troubles anxieux sont-elles suffisamment connues des intervenants susceptibles d'initier une référence?
- Les rôles de chacun sont-ils bien définis?
- Devrait-on développer un bottin de ressources ou faire connaître d'une manière ou d'une autre les ressources disponibles (une fiche de référence, une formation particulière, une session d'information, etc.)?
- Y a-t-il des ententes de collaboration entre les différents types de ressources?
- Si oui, sont-elles suffisantes et efficaces?
- Si non, devrait-on développer des ententes formelles et informelles?
- Souhaiteriez-vous avoir plus d'information sur des modèles de collaboration, comme la consultation-liaison, les soins partagés?

✓ Le dépistage des troubles anxieux

Selon l'enquête sur la santé mentale des Montréalais, les jeunes (18-24 ans), lorsqu'ils présentent une souffrance psychique, consultent moins que les autres groupes d'âge, les personnes souffrant de troubles anxieux ont moins tendance à consulter que celles souffrant de troubles dépressifs et le public a plus de difficultés à reconnaître les troubles anxieux comme étant des problèmes pouvant nécessiter une intervention. Et pourtant, il existe des interventions efficaces pour les personnes souffrant de troubles anxieux.

Déclaration de principe

- ❖ Une intervention précoce est plus rentable;
- ❖ Les intervenants, principalement ceux les plus en contact avec les jeunes, ont un rôle important à jouer dans le dépistage des troubles anxieux. Avec une formation adéquate, ils peuvent en reconnaître les signes, déterminer la gravité de la situation, faciliter la demande d'aide et savoir la conduite à tenir;
- ❖ Pour les cas les plus simples (ex : peu de symptômes, pas de comorbidité, fonctionnement social peu affecté, symptômes présents depuis peu de temps), la plupart des intervenants qui ont fait le dépistage pourraient déjà proposer certaines solutions simples (comme autotraitement, lecture, etc) et faire un premier suivi.

Questions de discussion :

- Les intervenants travaillant auprès des jeunes de 12 à 24 ans sur le territoire ont-ils les connaissances et les habiletés suffisantes pour dépister ceux montrant des signes de troubles anxieux et pour savoir ce qui serait souhaitable de faire dans un tel cas?
- Quels intervenants devraient être en mesure de jouer ce rôle?
- Nécessitent-ils une sensibilisation pour les aider à faire le dépistage?
- Qui devrait recevoir une telle sensibilisation?

✓ Les interventions de prévention dans la sous-région

Lors de la rencontre sur le consensus sur le traitement des troubles anxieux chez les jeunes, tenue le 26 septembre 2001, les participants ont fait ressortir l'importance des interventions primaires. En ce sens, il aurait été intéressant de répertorier les différents programmes de prévention mis en place dans les sous-régions, mais cet objectif n'était pas considéré dans le mandat initial de l'inventaire des ressources pour le traitement des troubles anxieux.

Déclaration de principe

- ❖ Si les jeunes sont particulièrement à risque de souffrir de troubles anxieux, il pourrait être avantageux d'intervenir avant que les problèmes ne se développent. Il existe des programmes de prévention dont l'efficacité est démontrée comme, par exemple, apprendre à gérer son stress.

Questions de discussion :

- Connaissez-vous l'existence de tels programmes? Souhaiteriez-vous avoir plus d'information à ce sujet?
- Croyez-vous que votre sous-région doit disposer de tels programmes? À quel type de ressources devrait revenir la responsabilité d'implanter ces programmes (milieu scolaire, ressource communautaire, CLSC, etc)?
- Ces programmes pourraient-ils être disponibles à court terme, à moyen terme ou seulement à long terme? Quelles seraient les conditions nécessaires pour la mise en place de tels programmes?

✓ La formation pour le traitement des troubles anxieux

Déclaration de principe

- ❖ La formation d'un médecin au traitement pharmacologique préconisé pour les troubles anxieux peut prendre une à deux journées. La formation à l'approche cognitivo-comportementale nécessite un plus grand investissement : soit quatre à cinq jours de cours plus une supervision avec un certain nombre de cas. Il faut compter environ 5 000 $ pour former un intervenant, sans compter le temps que cet intervenant devra consacrer à sa formation.

Questions de discussion :

- Les intervenants de la sous-région concernés par le traitement des troubles anxieux chez les jeunes sont-ils suffisamment formés?
- Si non, selon les modèles choisis, combien d'intervenants serait-il nécessaire de former ?

BIBLIOGRAPHIE

Fournier, Louise et al., *Enquête sur la santé mentale des Montréalais*. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Direction de la santé publique, Montréal, mars 2002.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, 2000, IX, 410, XXXIII.

Fleury, Marie Josée et Youcef Ouadahi, *Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement,* Santé mentale au Québec, 2002, XXVIII, 2, p. 16-36.

World Health Organisation, Mental Health Policy and Service Guidance Package, *Organization of Services For Mental Health*, Geneva, 2003, p. 7.

Payette, Adrien et Claude Champagne, *Le groupe de codéveloppement professionnel*, PUQ. (1997), 211 p.

Brassard, Diane et Odette Lemoine, *Inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.

Centre jeunesse de Montréal, Hôpital Sainte-Justice, Suicide Action Montréal, *Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal*

PEUR
PAS PEUR
PEUR...

PEUR

PAS

PEUR...